FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° THÈSE ANNÉE 1926

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE PAUCHET

Externe des Hôpitaux de Paris,
Interne de l'Hôpital Saint-Michel.

Né à Amiens (Somme), le 7 février 1898.

ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE

L'ULCÈRE DUODÉNAL

Président : M. P. CARNOT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE OCTAVE DOIN

GASTON DOIN & Cie, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1926

LISTE DES PROFESSEURS

LE DOYEN . . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	GUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N.
Chimie organique et chimie générale	DESCREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	M. LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LEGENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchement	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. . . .	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC.	Pathologie médicale.
DEBRÉ.	Hygiène.
I. de JONG. . . .	Anatomie pathologiq.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER	Pothologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . .	Urologie.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ.	Chimie biologique.

MM.	
LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER, . . .	Obstétrique.
LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. . . .	Pathologie médicale.
LEVY SOLAL. . .	Obstétrique.
LHERMITTE. . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
RIBIERRE. . . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils . . .	Physiologie.
. . . . .	Anatomie.
. . . . .	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU. . .	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET. . . .	Pathologie médicale.
VELTER.	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

Pour le service des examens.

MM.	
. . . . .	Physiologie.
GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RÉTTERER. . . .	Histologie.
. . . . .	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent.

MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.
LÉRI.	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.

MM.	
. . . . .	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Cinique médicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
. . . . .	Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A qui je dédie ce modeste travail en témoignage de reconnaissance et de filial attachement.

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur P. CARNOT,

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Beaujon,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Respectueux hommage.

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

LE DOCTEUR A. BERGÉ

Médecin de l'Hôpital Broussais.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VICTOR PAUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. En témoignage de reconnaissance. Respects.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Comme Stagiaire (1920-1921) :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. ROBIN, Médecin de l'Hôpital Beaujon.

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL, Médecin de l'Hôpital Cochin.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGÉ, Médecin de l'Hôpital Broussais.

Comme Externe :

MONSIEUR LE DOCTEUR E. MICHON, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon (1921-22).

MONSIEUR LE DOCTEUR M. KLIPPEL, Médecin de l'Hôpital Tenon (1922-23).

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGÉ, Médecin de l'Hôpital Broussais (1923-24).

MONSIEUR LE DOCTEUR M. METZGER, Accoucheur de l'Hôpital Tenon (mars-août 1924).

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LE MÉE, Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital des Enfants-Malades (sept. 1924-mars 1925).

MONSIEUR LE DOCTEUR P. RAVAUT, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis (mars 1925 à juin).

Comme Interne :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VICTOR PAUCHET, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel (juin 1925-avril 1926).

AUX DOCTEURS M. DELORT, Médecin de l'Hôpital Saint-Michel.

RÉCAMIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel.

P. PETIT-DUTAILLIS, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel.

En les remerciant de leur bienveillance à notre égard. Hommage respectueux.

A MES CONFÉRENCIERS ET AMIS

Docteurs A. JACQUELIN, Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris, Chevalier de la Légion d'Honneur.

DE GENNES, BROUET, Internes des Hôpitaux de Paris.

LE TRAITEMENT

DE

L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

INTRODUCTION

L'ulcère du duodénum n'est pas une affection d'acquisition récente de la pathologie gastro-intestinale, mais cette question est encore discutée dans sa pathogénie, son diagnostic et son traitement. Chaque année, le bulletin bibliographique des *Archives des maladies de l'appareil digestif*, mentionne de nombreuses publications. L'ulcère duodénal reste à l'ordre du jour. Nous n'aurons en vue que l'ulcus de la première portion du duodénum, étant donné l'extrême rareté des autres localisations. Il nous a donc paru intéressant d'étudier son traitement, tant médical que chirurgical. Dans ce domaine, tout a été discuté; les idées médicales se heurtent bien souvent aux principes chirurgicaux; non seulement les limites de l'un ou l'autre de ces traitements ont été controversées, mais encore les différents procédés dont dispose le chirurgien.

Nous nous excusons d'aborder, dans le cadre de ce modeste travail, une question d'une telle ampleur, et nous serons obligé d'être schématique, souvent bref.

CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DE L'ULCÈRE DUODÉNAL

L'ulcère duodénal, décrit pour la première fois par Bucquoy en 1887, a inspiré de nombreux travaux, surtout en ces dernières années. Il fut longtemps considéré par l'école française comme une rareté, tandis que, dès 1910, les Anglo-Américains insistaient sur sa grande fréquence. Victor Pauchet et Ricard mirent ce point en lumière, dans leur rapport au *Congrès français de Chirurgie* (1910).

Il y avait là un malentendu, les auteurs français appelant « Ulcères juxta-pyloriques » une bonne partie des ulcères duodénaux (Mathieu puis Ættinger). Le pylore, en effet, n'est qu'un « simple anneau musculaire » se terminant à pic du côté du duodénum, et gagnant en pente douce le niveau de la muqueuse gastrique (vestibule prépylorique). Son repérage exact est souvent difficile, même au cours de l'intervention. Or, les frères Mayo ont insisté sur la présence de la « veine pylorique » pour délimiter exactement le duodénum.

Celle-ci naissant du réseau capillaire superficiel, descend juste devant la valvule pylorique, pour former dans la sous-muqueuse, le plexus sous-muqueux. Mais il faut reconnaître que cette veine pylorique est également une limite bien aléatoire, car, souvent, cette veine est en situation variable (Hartmann). Dans ces cas, l'examen attentif de

la région, la consistance même de l'anneau pylorique, permettent une délimitation exacte. Ainsi délimitée à sa gauche, la première portion du duodénum est fréquemment atteinte de lésions ulcéreuses. Pendant les six premiers mois que nous avons passé à l'hôpital Saint-Michel, comme interne, nous avons vu 40 ulcères sur lesquels, à l'intervention, 23 siégeaient nettement sur la première portion du duodénum, soit 56 p. 100 du nombre total des ulcères. Nous avons, de plus, remarqué l'extrême fréquence de l'ulcère duodénal chez l'homme. « Sur 4 ulcus masculins il y a 3 ulcus duodénaux » (Victor Pauchet)[1].

Il nous a donc paru intéressant d'étudier le traitement médical et chirurgical de l'ulcère du duodénum et les indications, non seulement de l'intervention, mais aussi des procédés opératoires. Nous n'étudierons pas les techniques opératoires. Nous nous bornerons à étudier les avantages, les inconvénients, les indications de chaque intervention. C'est le médecin qui dirige le malade vers le chirurgien, celui-là est « permanent », celui-ci est « épisodique » (Maurice Delort), et c'est le médecin qui décide « quand on doit opérer et ce qu'il faut opérer ». Nous essayerons de suivre le plan que nous nous sommes tracé, en étudiant d'abord les limites du traitement médical et les indications du traitement chirurgical. Nous étudierons, en cours de route, quelques points spéciaux de la pathogénie de l'ulcère duodénal, pouvant nous aider dans l'étude du traitement de cette affection.

1. Sur un millier d'opérations d'ulcus gastriques, duodénaux, jéjunaux, Victor Pauchet a pratiqué 367 opérations pour ulcus gastrique, 536 opérations pour ulcus duodénal, 58 opérations pour ulcus gastrique et duodénal, 39 opérations pour ulcus jéjunal post-opératoire. Les estomacs biloculaires sont compris dans cette série. Les perforations aiguës ne sont pas comprises.

CHAPITRE II

RAPPORTS DE L'ULCÈRE DUODÉNAL ET DE LA DIATHÈSE GASTRIQUE HYPERSTHÉNIQUE

L'ulcère duodénal comme l'ulcère gastrique est un processus aigu passant successivement par différents stades, stade aigu auquel succède le stade chronique aboutissant à l'ulcère invétéré calleux avec périduodénite fibreuse.

Au début surtout, l'ulcère du duodénum s'accompagne d'une forte chlorhydrie. Cette chlorhydrie peut, dans la suite, s'amender. Parmi les ulcus duodénaux que nous avons examinés, un grand nombre étaient anciens : nous avons néanmoins trouvé une forte hyperchlorhydrie dans plus de 70 p. 100 des cas[1].

1. Nous étudions le chimisme par prélèvements successifs de dix en dix minutes par le tube d'Einhorn, que le malade conserve pendant toute la durée de l'épreuve. Le malade, à jeun depuis le soir à minuit, avale l'olive d'Einhorn et nous recueillons le suc gastrique (tube I). Nous administrons le repas d'épreuve et faisons alors 8 prélèvements successifs (tube 2 à 9). Le repas comprend 5 grammes de peptone... 10 centigrammes d'acide salicylique et 250 grammes de H^2O. Par le Fe^2CC^6 on recherchera l'acide salicylique.

Normalement l'acidité totale varie entre 1 et 1,7. La chlorhydrie entre 0,2 et 0,7. A la cinquantième minute il n'y a plus traces d'acide salicylique dans le tube.

En cas d'ulcus duodénal on trouvera :

Une acidité totale A. de 2,50 ou plus.

Une chlorhydrie H. de 1,20 ou plus.

L'évacuation est précoce si la lésion siège loin du pylore. Fréquemment, à partir de la soixantième minute, on ne peut recueillir aucun liquide, l'estomac est à sec. Si la lésion siège près du pylore (juxta-pylorique), elle s'accompagne d'un syndrome pylorique entraînant de la stase. L'élimination retardée de l'acide salicylique sert à l'évaluer. (Maurice Delort et Verpy.)

L'hyperchlorhydrie et l'ulcère sont-ils une coïncidence ? Il est probable que l'hyperchlorhydrie est la première en date. Elle résulte d'un déséquilibre vago-sympathique, que l'on peut observer fréquemment dans divers états pathologiques, vagotonie, hyperthyroïdie.

A. Hurst et Morton étudiant l'estomac d'individus sains, sans passé gastrique, identifièrent chez beaucoup d'entre eux une « diathèse gastrique hypersthénique » se manifestant par de l'hypertonie, du péristaltisme actif, une évacuation rapide, et de l'hypersécrétion. Chez ces individus, l'évacuation est trop rapide pour que les aliments aient le temps de neutraliser, par « leurs alcalins et leurs protéines », tout le suc gastrique secrété. Ce suc gastrique s'écoulera dans le duodénum, longtemps après le passage des aliments, et irritera surtout la première portion du duodénum. Les radiographies en série ont en effet montré, après repas baryté, que, dans la première portion du duodénum, la progression de la bouillie est relativement lente, tandis que le passage dans les autres portions de cet intestin se fait « en éclair ».

Ces faits peuvent expliquer, en partie, l'extrême rareté de l'ulcus de la deuxième portion du duodénum (ce segment intestinal étant, de plus, alcalinisé par la bile) et la grande fréquence de l'ulcère de la première portion. En pratique, l'ulcère du duodénum signifie lésion siégeant sur le premier segment de cet intestin. Cette hyperacidité entretiendra une ulcération duodénale par « Auto-digestion. » *Quant à la cause initiale de cet ulcus, nous en ferons une étude rapide, ultérieurement, étant donné les déductions chirurgicales que l'on peut en tirer.*

CHAPITRE III

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE DUODÉNAL ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous voyons donc que dans le traitement médical de l'ulcère du duodénum, il faudra neutraliser le contenu gastrique par l'emploi répété des alcalins et par l'évacuation de l'estomac, s'il y a rétention (Sippy).

A. — *Quelles sont les indications du traitement médical?*

Les indications du traitement médical de l'ulcère duodénal sont plus étendues que dans le cas d'ulcère gastrique (Maurice Delort). En effet :

C'est un ulcère produit de façon passagère, « en un lieu de passage et non de stagnation » (Maurice Delort). Il se produit, de plus, en un milieu « relativement alcalin », par voisinage de l'ampoule de Vater.

C'est un ulcère qui se cancérise très rarement (Moynihan). F. Ramond et Darquier, dans leur étude sur les duodénites, ont récemment insisté sur la « Curieuse résistance des cellules Brunneriennes à la transformation métaplasique, si on les compare aux cellules pyloriques, qui sont cependant leur homologue ». L'âge du sujet n'est donc pas une indication absolue du traitement chirurgical, puisque l'on n'a pas à craindre la transformation néoplasique.

L'ulcère duodénal est d'un diagnostic souvent incertain et le chirurgien ne doit pas intervenir pour une irritation simple du duodénum. — Souvent, le diagnostic d'ulcère duodénal n'est qu'une probabilité : « La périviscérite du carrefour modifie le tableau clinique propre à chacune des affections du carrefour et tend à édifier un syndrome commun dans lequel elles se confondent toutes » (Enriquez). L'hémorragie n'entraîne pas le diagnostic d'ulcère, il peut s'agir de duodénite hémorragique au cours de la lithiase (Chauffard) ou de simple gastrite congestive que Moynihan a décrit comme une lésion qui « pleure du sang ». La stase et l'hypersécrétion se voient dans la lithiase et dans la périviscérite (Enriquez). Seules, les radiographies en série (Méthode de Cole introduite en France par Keller) peuvent donner des renseignements précis, *mais elles ne donnent pas toujours des résultats absolus.* (Ces quelques mots pour insister sur la difficulté du diagnostic que nous n'avons pas à traiter ici. « L'estomac est plein de sympathie pour les autres organes : beaucoup de viscères racontent en termes gastriques l'histoire de leur propre affection. » (Moynihan.)

B. — *Dangers du traitement médical prolongé.*

Cependant le traitement médical n'est pas exempt de dangers.

Il fait croire souvent à une guérison définitive, quand il ne s'agit réellement que d'une rémission des symptômes. L'ulcère duodénal est caractérisé par l'intermittence des crises, et nombreux sont les malades qui se sont cru plusieurs fois « guéris » médicalement et qui doivent en dernière ressource subir une intervention curative. Dans la règle, quelques mois plus tard les troubles reparaissent. —

Or, si les troubles reparaissent en dépit d'un premier traitement médical, il s'agit d'un ulcus chronique qu'il faut opérer (Victor Pauchet).

Le traitement médical n'empêche pas, dans une certaine mesure, les risques de l'hémorragie et de la perforation : « Le traitement médical de l'ulcère duodénal fait plus de victimes que le traitement chirurgical » (Moynihan), surtout si l'on considère que seuls, viennent au chirurgien, les malades qui n'ont pu être améliorés par la médecine.

Si l'ulcère du duodénum ne se cancérise pas, *il s'étend et peut gagner rapidement le pylore*. La cancérisation de l'ulcération secondaire du pylore est possible.

L'ulcus duodénal chronique entraîne, le plus souvent, sténose et périgastrite, contre lesquelles la médecine ne peut rien.

L'ulcus, par l'insuffisance alimentaire qu'il nécessite parfois, prédispose, par la plaie toujours ouverte, aux infections venues par les aliments, à la tuberculose. Enfin, il diminue considérablement le rendement professionnel et social de l'individu.

C. — *Conclusions et technique du traitement médical.*

Le médecin et le chirurgien doivent être en collaboration étroite.

1° La cure médicale s'applique, comme cure d'attente, chez les malades qui sont en mauvaise condition pour subir l'opération. Dans les poussées de périgastrite avec fièvre, dans les états de crises douloureuses, le traitement médical permet le refroidissement des lésions.

2° Chez les malades qu'on ne peut opérer à cause de leurs lésions pulmonaires, ou de leurs lésions rénales.

3° Chez les malades présentant des ulcérations étendues avec adhérences, augmentant les risques opératoires.

4° Dans le cas d'ulcères *qui saignent*, le traitement médical d'attente est de toute première importance.

5° Il y a, de plus, de nombreux cas « favorables » où les moyens médicaux sont suffisants. Ce sont les ulcères simples non compliqués. L'ulcère duodénal est le plus médical des ulcères si le traitement est appliqué précocement.

Chez le sujet jeune, présentant une intégrité apparente de la silhouette gastrique, sans hypersécrétion marquée, sans stase importante, sans hémorragies graves et ayant les possibilités matérielles de se soigner, le traitement médical suivi donne des guérisons véritables. « L'ulcère duodénal diagnostiqué précocement et traité dès le début médicalement, guérit souvent » (Thierry de Martel). D'après Codman, l'ulcère peut guérir sans laisser de cicatrices visibles.

« Il nous paraît qu'il faut être moins interventionniste pour les lésions duodénales que pour les lésions gastriques.

« Seule, la complication demande l'intervention. L'hémorragie importante ou qui se répète et la menace de perforation sont des raisons d'opérer. L'ulcère simple non compliqué du duodénum appartient à la thérapeutique médicale » (Maurice Delort.) A son stade de début, l'ulcère duodénal n'est qu'une ulcération souvent minime. On ne peut avoir en faveur du diagnostic d'ulcère qu'une présomption forte, car la clinique est souvent en défaut, non seulement en raison de la complexité des rapports anatomiques de l'organe, mais, sans doute aussi, à cause de « la tendance naturelle à la cicatrisation qu'ont les lésions ulcéreuses survenues en ce milieu alcalin, en ce lieu de passage ». Le

traitement médical facilite et abrège grandement ce travail de cicatrisation.

6° Après l'opération, le malade devra lutter contre son hyperacidité. Le médecin garde tous ses droits dans la rééducation du malade, et dans le régime qu'il doit lui imposer. Le chirurgien a fait son œuvre, c'est au médecin de la compléter.

L'ulcère duodénal, comme l'ulcère gastrique, est une échéance d'une véritable « maladie ulcéreuse ». Une fois la lésion traitée chirurgicalement, il ne faut pas abandonner le malade à lui-même.

Il est nécessaire d'instituer un régime post-opératoire qui devra être maintenu pendant de longs mois avant d'obtenir la guérison définitive de l'opéré.

Il comprendra un régime diététique relativement large, sans pain, ni sel, ni œufs. Un régime médicamenteux légèrement alcalin pour lutter contre l'acidité résiduelle.

Il nous faut insister, de plus, sur la nécessité qu'il y a d'alimenter le malade par des bouillies, ou aliments solides hachés, de manière à diminuer le plus possible la gustation, la salivation, la mastication, actes entraînant une hypersécrétion gastrique par voie réflexe (expérience de Pawlow).

Après l'intervention, l'intestin a un nouveau rôle à remplir, auquel il faut progressivement l'adapter en condamnant le malade, pendant quelques mois, à une hygiène alimentaire parfaite.

Dans le cas d'ulcères soignés uniquement par des moyens médicaux, la technique du traitement comprendra plusieurs régimes, dont la sévérité dépendra de la gravité des symptômes. En cas de crises douloureuses aiguës, la diète absolue et le repos au lit s'imposent. Le malade sera soutenu par du sérum glucosé rectal en goutte à goutte, et par le

sérum artificiel sous-cutané (Murphy). Le régime lacté le remplacera dès la cessation des douleurs. Sorti de sa crise, le malade pourra être mis à un régime plus large à base de viandes dégraissées, légumes, poisson, fruits, pas d'alcool. Il y a deux points particuliers sur lesquels il nous faut insister : le *malade ne prendra ni pain, ni sel, ni oeufs.*

Le pain n'est pas complètement digéré dans l'estomac et, imprégné d'un liquide acide, il lèse le duodénum. Il forme une éponge hyperacide qui irrite l'intestin ulcéré. Ne pas prendre de sel, car l'expérience a montré qu'à mesure que le chlorure urinaire baisse, l'acidité chlorhydrique baisse parallèlement; *c'est donc lutter contre la chlorhydrie que de diminuer le sel alimentaire.*

Pour lutter contre l'acidité, employer le carbonate associé au sous-nitrate de bismuth ; l'acide nitrique qu'il met en liberté paraît avoir une action utile.

Le mélange gélose-gélatine (Ramond) ; le noir animal ; le kaolin[1] ; la magnésie ; le bicarbonate de soude[2] conservent leurs indications respectives.

Ne pas oublier que ces malades sont souvent des hépatiques, d'où l'emploi des pilules de bile et des lavements purgatifs.

1. Le mélange suivant a donné de bons résultats :

Poudre de Kaolin	60	grammes.
Carbonate de Bi	20	—
Sous-nitrate de Bi	5	—
Craie préparée, Magnésie calcinée	ââ 20	—

2 cuillerées à café le matin à jeun dans un verre d'eau, pendant au moins un mois.

2. Sippy propose les paquets suivants que nous donnons à titre d'indication :

1° Magnésie lourde calcinée, Bicarbonate de soude	ââ 0gr,50
2° Carbonate de calcium	0gr,50
Bicarbonate de soude	1gr,50

A prendre au cours de « repas fréquents ».

Si l'ulcère duodénal se présente avec des signes de sténose pylorique, la belladone, calmant le spasme, est indiquée. On pourra donner de la poudre de belladone ou bien de l'atropine en injections sous-cutanées (1/2 milligramme par jour à 1 milligramme pendant des périodes de quinze jours coupées de périodes de repos).

De plus, dans le traitement médical de l'ulcère du duodénum, Sippy conseille d'assurer le repos complet de l'estomac entre les repas : « Le soir, retirer, au moyen du petit tube gastrique de Rehfuss, le résidu alimentaire et la sécrétion gastrique présents dans l'estomac ». De cette façon et pour toute la nuit, l'ulcère en évolution se trouve soustrait à l'action peptique des sécrétions gastriques.

En cas d'ulcère saignant, les lavements chauds (Mathieu) réveillent le réflexe de défense gastrique; sérum artificiel, tonicardiaques usuels, transfusion sanguine, lavages d'estomac[1]. — Émétine à raison de 6 centigrammes *pro die*. — Dans les cas graves, discuter l'opération d'urgence.

Sippy, dans les cas d'hémorragies, conseille d'intensifier la médication alcaline. « La reproduction de l'hémorragie dépend de la digestion du caillot qui s'est formé. Le but à atteindre est donc de placer les caillots à l'abri de l'action désintégrante du suc gastrique pendant un temps suffisant pour permettre leur organisation[2]. »

Enfin, ainsi que nous le reverrons pour le traitement

1. La solution au nitrate d'argent à 1 p. 400 nous a donné de bons résultats.

On peut aussi employer la solution suivante :

Solution NaCl à 7/000	1.000 centimètres cubes.
Gélatine	50 grammes.

2. Il propose la préparation suivante à donner plusieurs fois par jour, en paquets :

Magnésie calcinée	3gr,50
Carbonate de Ca	1gr,50

chirurgical, le traitement médical d'une affection du duodénum « ne doit jamais s'arrêter à la lésion même » (Maurice Delort). Il doit atteindre la stase intestinale qui accompagne si fréquemment l'ulcère duodénal, que « sa constatation au cours d'un syndrome du carrefour mal déterminé, doit faire poser avec de grandes chances d'exactitude le diagnostic d'ulcère ». Il doit atteindre, de plus, la lésion hépatique si fréquente. Souvent le traitement de la lésion concomitante doit constituer l'acte principal du traitement médicamenteux.

D. — *Les indications opératoires de l'ulcère du duodénum.*

Cependant, nombreux sont les cas d'ulcères duodénaux qui relèvent de la thérapeutique chirurgicale. Si, suivant les cas, au bout d'un an ou deux, un traitement médical suivi n'a pas amené la guérison, il faut opérer (voir observation V). A ce point de vue, se méfier des malades qui, sans s'en rendre compte, exagèrent ou déforment leur sensation pour subir l'opération, qu'ils désirent, sous une responsabilité médicale. Il faut souvent faire la part du psychisme et ne faire intervenir qu'en toute connaissance de cause.

De plus, le chirurgien devra intervenir d'emblée dans les cas suivants (Maurice Delort) :

1° Lorsqu'un ulcère duodénal a saigné plus de deux jours de suite ;

2° Lorsqu'il a saigné deux fois ou plus ;

3° Lorsqu'à la radio le duodénum a nettement présenté, soit une déformation durable, soit une stricture, soit une niche, cette dernière pouvant faire craindre une perfora-

tion. Il faut intervenir lorsqu'à la radio, le duodénum a nettement présenté, soit à des examens répétés, soit à des examens rapides en série (Méthode de G. Cole, introduite en France par Keller), soit par le blocage duodéno-jéjunal sous écran (Manœuvre de Case), une image caractéristique. La radio-diagnostic de l'ulcère duodénal est une question fort controversée.

L'image diverticulaire n'est pas rare ; Akerlund, au contraire, pense que la niche est plus fréquente, mais elle est de petites dimensions. Dans 66 cas sur 106 cet auteur a réussi à découvrir l'ombre correspondante à la niche.

L'encoche est une déformation plus fréquemment observée : elle s'associe souvent à la niche, mais peut être le seul signe radiologique de l'ulcus. La déformation duodénale *en tuyau* peut être considérée comme caractéristique d'une lésion organique : elle résulte d'une périduodénite, mais son origine ulcéreuse reste douteuse. En pratique, il faudra tenir compte de toute déformation durable, dont la valeur dépend « non de ses dimensions, mais de sa constance » (Carman). Ainsi compris, le radiodiagnostic de l'ulcère duodénal donne des résultats nets et exacts dans 77 p. 100 des cas (de Quervain), dans 60 p. 100 des cas pour Akerlund. Une lésion encore superficielle ne détermine aucune altération pariétale importante et ne se traduit par aucune image caractéristique.

4° Lorsque l'ulcère duodénal reste invisible radiologiquement on peut décider de l'intervention sur un ensemble de faits précis : hypersécrétion, douleurs vives à horaires fixes, hyperacidité, hémorragies abondantes et répétées (voir observation II).

L'hypersécrétion, souvent très accusée, est un signe de grande valeur si on la rencontre chez un malade présentant

un syndrome clinique caractéristique. L'horaire tardif de la douleur (« Hunger Pain ») est particulièrement important ; plus la douleur est tardive, plus sa valeur est grande pour le diagnostic du siège duodénal de l'ulcus (Carnot, Harvier). Elle est parfois si vive que le malade réclame, de lui-même, l'intervention. — L'hyperacidité et les hémorragies ne constituent pas séparément un signe certain d'ulcus, mais leur réunion, chez un malade, permet une forte présomption en faveur d'une lésion ulcéreuse.

Le syndrome duodénal, de plus, comporte, dans l'immense majorité des cas, de la stase iléale et cæcale. Il est donc nécessaire d'étudier par des examens répétés sous écran (5, 9, 24, 30 heures après ingestion du repas opaque) le transit total et segmentaire du tube digestif.

L'ensemble de ces signes constitue un syndrome ulcéreux juxta-pylorique mais ne permet nullement de localiser exactement la lésion. Son siège duodénal est néanmoins « statistiquement probable » les sténoses sous-pyloriques étant plus fréquentes que les sus-pyloriques.

5° *Lorsque l'ulcère duodénal est accompagné d'une forte hyperacidité.* Nous verrons en discutant le traitement chirurgical l'importance capitale de cette notion.

6° Lorsque l'ulcère est envahissant et s'accompagne d'un syndrome pylorique net.

Nous voyons donc que, parmi les ulcères duodénaux, les cas réclamant une thérapeutique chirurgicale sont nombreux. *Ce sont, d'une part, les ulcères anciens, d'autre part, les ulcères récents menacés d'une complication grave.*

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE DE L'ULCÈRE DUODÉNAL SES RAPPORTS AVEC LA CHOLÉCYSTITE. L'APPENDICITE. LA STASE INTESTINALE. DÉDUCTIONS OPÉRATOIRES.

Avant d'entreprendre l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum, il nous faut étudier quelques points spéciaux de sa pathogénie, étant donné les déductions chirurgicales importantes qui en découlent.

Au début de cette étude, nous avons rappelé que l'ulcère duodénal évolutif était dû à une auto-digestion par action dissolvante de la pepsine, et nous avons insisté sur la fréquence de l'hyperchlorhydrie chez ces malades. L'origine de cette ulcération a été discutée. On a successivement invoqué des causes chimiques, vasculaires, microbiennes, nerveuses, trophiques, qui toutes, contiennent une part de vérité. D'autre part, si l'on fouille dans le passé des malades atteints d'ulcères gastriques ou duodénaux, on trouve parfois la coïncidence d'une lithiase, d'une appendicite ou d'une entérite. Il semble donc que certaines maladies intestinales aient un rôle non négligeable dans la genèse de l'ulcère. Dieulafoy, Moynihan, Mathieu, ont étudié l'ulcère duodénal consécutif à une appendicite[1]. La voie em-

1. Récemment Basset en analysant un travail de Hertz a apporté 10 observations de périduodénites sur lesquelles 7 furent consécutives à une appendicite aiguë.

En cas de duodénite et de périduodénite il faut toujours songer à l'appendicite comme origine.

(*Société de chirurgie*, séance du 25 novembre 1925.)

pruntée par « Le poison ou le microbe », paraît être la voie sanguine. Gandy, dans sa thèse, admet l'élimination de certains microbes et de certains toxiques par le tube digestif, principalement le duodénum et le cæcum. Lœper a provoqué chez le lapin un étranglement intestinal et a pu constater au quatrième jour une inflammation duodéno-jéjunale. « Il est d'autres cas où la contamination peut être plus directe et résulter de l'action de la bile septique sur la muqueuse intestinale. » Depuis Widal, Abrami, Brulé, on ne discute plus, en effet, l'élimination par la bile des microbes de la circulation sanguine. Lœper et Esmonet ont injecté dans l'intestin ligaturé d'un chien, une culture très septique de selles d'entéritiques et deux jours après ils ont retrouvé ce même microbe dans la vésicule, et ils ont observé des lésions très nettes de duodénite. Parfois l'origine de l'infection est encore plus lointaine, elle a un point de départ dentaire, pyorrhée alvéolaire, infection hématogène à point de départ pulpaire sur laquelle a insisté Rosenow. Victor Pauchet a signalé la relation certaine qu'il y avait dans bien des cas entre les coudures de l'intestin et particulièrement la coudure iléale de Lane, l'appendicite chronique, la cholécystite, et l'ulcère duodénal. La coudure iléale agit par angulation duodéno-jéjunale et par dilatation duodénale secondaire. La stase occasionnée par la coudure du duodénum, et par la mauvaise tonicité de cette portion étirée, peut être l'origine d'un *ulcère*. Le chyme, en effet, ne pouvant repasser dans l'estomac, à cause du spasme pylorique, si fréquent dans ces cas, tend à séjourner dans la première portion du duodénum et provoque une irritation chronique. *Ces notions ont leurs sanctions chirurgicales.*

1° Au cours de l'intervention pour l'ulcère duodénal, il

faut toujours penser à examiner la vésicule et l'appendice, et rechercher les causes d'une stase intestinale chronique. Si l'on trouve des lésions de l'appendice et de la vésicule, leur ablation s'impose. Moynihan sur 718 interventions pour ulcère duodénal a enlevé 33 fois la vésicule, et 307 fois l'appendice. Nous-même, sur 30 ulcères duodénaux que nous avons examiné, il a été trouvé 2 fois des lésions insoupçonnées de cholécystite. La cholécystectomie a été

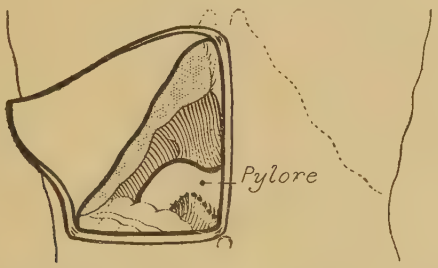

Fig. 1. — Incision en équerre droite. Pour résections duodénales. Finney. Cholécystectomie (d'après Victor Pauchet).

jugée nécessaire dans l'un de ces deux cas (voir observation I).

2° Pour avoir un jour suffisant, l'incision médiane suffit dans la moitié des cas : mais en cas de forte musculature ou d'adhérences, la meilleure incision est l'incision en L renversée, dont la branche verticale est xipho-ombilicale et dont la branche horizontale part de l'ombilic jusqu'au flanc droit (fig. 1).

3° Contre la stase intestinale chronique, la simple résection de l'appendice suffit souvent. La section de la membrane de Jacskon ou de la bride iléale de Lane, est parfois indiquée, car elle supprime le coude hépatique du côlon, et la coudure iléale. Si le cæcum est distendu, pratiquer la cæco-plicature (Victor Pauchet).

4° Si au cours d'une laparatomie exploratrice pour ulcère duodénal possible, on ne trouve aucune lésion de cet organe, examiner la vésicule et l'appendice. Si cet examen est de nouveau négatif, il est préférable de refermer sans rien faire, que de pratiquer une gastro-entérostomie « de complaisance » dont nous verrons les dangers, car elle crée « des troubles nouveaux et risque d'amorcer un ulcus jéjunal » (Victor Pauchet).

5° Dans ce cas, et seulement sur la notion d'un spasme très accusé du pylore, la seule intervention que l'on puisse se permettre de pratiquer est la pyloroplastie (voir observation XI).

6° Si le malade souffre, il est parfois indiqué de faire l'énervation de l'estomac, suivant la technique de Latarjet. Cette intervention donne sur 3 cas un résultat parfait, un résultat suffisant et un résultat nul (Victor Pauchet). Étant donné ces résultats aléatoires, c'est une intervention d'exception.

7° Traiter les foyers éloignés d'infection, surtout dentaires, avant l'intervention. Au cours des interventions gastriques ou duodénales, « le dentiste doit passer avant le chirurgien » (Victor Pauchet). On contribue ainsi à mettre l'opéré à l'abri des récidives possibles.

CHAPITRE V

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE COMME TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

L'ulcère duodénal est, comme nous l'avons vu, une maladie très souvent chirurgicale. — Quelles sont les techniques à employer, et quelles sont les indications des principales interventions que l'on peut pratiquer dans la cure chirurgicale de cette lésion ? C'est ce que nous allons maintenant étudier.

La méthode d'anesthésie est de toute première importance. Nous employons à l'hôpital Saint-Michel l'anesthésie régionale (anesthésie des nerfs splanchniques par voie postérieure combinée à l'infiltration de la paroi). Cette anesthésie employée pour toutes les interventions gastriques, donne 8 fois sur 10 une anesthésie parfaite ; 1 fois, une anesthésie suffisante nécessitant, néanmoins, au cours de l'intervention, quelques bouffées de kelène ou de protoxyde d'azote ; 1 fois sur 10 elle est insuffisante, surtout chez les sujets pusillanimes. Cette anesthésie a le grand avantage de diminuer les dangers des complications pulmonaires succédant aux anesthésies générales. Supprimant les nausées et les vomissements du réveil, elle laisse au repos les sutures. Les suites opératoires sont donc considérablement améliorées.

Les soins pré-opératoires ont leur importance. Évacuer le gros intestin. — « Ne pas opérer un malade tant que le mélange opaque introduit par le radiologue n'est pas complètement éliminé » (Victor Pauchet). Lavage de l'estomac pour habituer le malade, car « l'introduction post-opératoire du tube de Faucher est nécessaire dans 2/3 des cas » (vomissements, nausées). Faire boire le malade s'il n'a pas de sténose.

Pratiquer une transfusion sanguine après groupement sanguin du donneur et du receveur, si le malade est affaibli, et si le malade a saigné. Dosage de l'urée sanguine. Recherche du sucre dans les urines.

Le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal a été très discuté. Longtemps la gastro-entérostomie a été considérée comme le traitement unique.

La gastro-entérostomie traitement classique. — Lorsque Wolfer pratiqua la gastro-entérostomie en 1881, pour la première fois, les chirurgiens séduits par la bénignité de l'intervention en firent, non seulement le traitement idéal de l'ulcère duodénal ou pylorique, mais encore la pratiquaient volontiers dans la gastrite généralisée. En 1905, Montprofit n'hésitait pas à proclamer que les « affections de l'estomac sont toujours justiciables d'un traitement chirurgical, par la gastro-entérostomie ». En 1910, la gastro-entérostomie était considérée comme ayant des indications constantes dans le traitement de l'ulcère duodénal. Ils considéraient non seulement la bénignité de l'intervention (1 p. 100 de mortalité), mais aussi l'action de l'anastomose sur l'évacuation de l'estomac et la sécrétion gastrique. La gastro-entérostomie calme l'éréthisme gastrique. On avait,

de plus, constaté que la bouche anastomotique avait pour résultat de diminuer la sécrétion gastrique.

Enfin, l'estomac se drainant par la bouche anastomotique, le repos du duodénum ulcéreux était réalisé.

Discussion de la gastro-entérostomie. — Hartmann et Soupault entreprirent les premiers, en 1899, l'étude de la physiologie de la gastro-entérostomie. Lorsque l'estomac est hypertonique, l'anastomose améliore l'éréthisme gastrique d'une façon très variable. Pour les estomacs atoniques, on peut constater, après l'opération, une diminution notable de l'estomac, mais cet organe ne revient pas à ses dimensions normales. La déformation de l'estomac devient en effet permanente, si la sténose s'est constituée lentement.

La bouche draine-t-elle complètement l'estomac et quelle est la voie d'évacuation du chyme?

Tuffier, en 1907, montre avec l'aide de la radiographie, que l'anastomose avec pylore libre ne fonctionne pas. Papadopoulos, en 1910, constate chez 10 anciens opérés avec pylore libre, l'oblitération de la bouche. En réalité, en cas de pylore seulement perméable, l'évacuation simultanée par le pylore et par la bouche anastomotique paraît la plus fréquente ; le passage du chyme par l'anastomose est néanmoins plus actif si la gastro-entérostomie est placée sur la portion pylorique de l'estomac, zone où le péristaltisme est le plus efficace.

L'hypersécrétion diminue souvent après la gastro-entérostomie mais en cas d'ulcus récent, l'hyperacidité persiste (Hartmann). Il semble que dans ce cas, la muqueuse contienne des glandes anatomiquement et fonctionnellement hypertrophiées, qui sont responsables de la persistance de

l'hypersécrétion. De plus, il faut savoir qu'après la gastro-entérostomie on peut relever des poussées hyperchlorhydriques considérables, mais fugaces. Kummer signale, en 1918, que dans 37 p. 100 des cas, l'acidité est égale ou augmentée par rapport à ce qu'elle était avant l'intervention. Moppert signale que l'acidité totale baisse, mais que l'HCl libre ne baisse qu'en partie seulement et reste élevée après la gastro-entérostomie. Il signale une hyperchlorhydrie persistante dans 50 p. 100 des cas. Le spasme du pylore persiste souvent quoique atténué après l'anastomose.

La gastro-entérostomie, de plus, amène quelquefois une perturbation profonde dans les sécrétions glandulaires ; l'hyposécrétion biliaire n'est pas rare. Lenoir a signalé de la glycosurie alimentaire chez des gastro-entérostomisés, par diminution très nette des pouvoirs amylolytique, triptyque, et stéapsique du suc pancréatique.

La gastro-entérostomie seule, ne lutte donc pas toujours efficacement contre l'hypersécrétion acide et contre le spasme. Elle draine imparfaitement l'estomac et ne peut réaliser, à elle seule, le repos d'un duodénum ulcéré.

Les dangers de la gastro-entérostomie sont de plus à considérer.

L'anastomose n'empêche pas les hémorragies. « L'hémorragie peut être précoce, ou apparaître quelques semaines, quelques mois, quelques années après la gastro-entérostomie » (Moynihan). Elle provient souvent du réveil de l'ulcère duodénal ancien.

La gastro-entérostomie n'influence pas un ulcère duodénal en activité (Denechau) ; elle n'agit donc pas préventivement sur une perforation possible, ainsi que cela se constate pendant la convalescence post-opératoire.

L'ulcère jéjunal secondaire est la complication la plus « décourageante » de la gastro-entérostomie. Plus fréquent chez l'homme (7 p. 100 des gastro-entérostomies) que chez la femme (3 p. 100), il se caractérise par la ténacité des troubles observés. Il reconnaît pour cause, un foyer d'infection éloigné, un matériel de suture non résorbable, mais ne se développe qu'à la faveur d'*une forte hyperchlorhydrie*. Cette notion est de toute première importance, car « l'on peut éviter l'ulcus secondaire du jéjunum si l'on prend soin de ne pas faire une gastro-entérostomie simple à chaque fois qu'il y aura une hyperchlorhydrie prononcée » (Victor Pauchet).

La bouche anastomotique récente présente une surface ulcérée pendant quinze jours environ, qui sera facilement attaquée en cas d'hypersécrétion acide.

De plus, la gastro-entérostomie agit mécaniquement, jamais autrement. L'ulcère peut continuer à évoluer, peut gagner le pylore, et sa transformation néoplasique secondaire n'est pas une rareté. Il existe nombre de cas, prouvés par la résection ultérieure, dans lesquels le cancer s'est développé sur l'ulcus, malgré une gastro-entérostomie faite auparavant (Moynihan). Sherren en rapporte plusieurs exemples.

La gastro-entérostomie ne doit donc pas être considérée comme le traitement unique de l'ulcère duodénal. *Le traitement local* de l'ulcère est le plus souvent nécessaire, car si l'anastomose gastro-jéjunale donne 70 p. 100 de guérisons éloignées, elle donne 30 p. 100 d'échecs. « L'opérateur qui se contente de faire des gastro-entérostomies pour les ulcères du duodénum, risque un tiers d'échecs » (Victor Pauchet). L'anastomose amorce la guérison, mais ne la réalise pas toujours.

Ces échecs sont dus :

En partie aux ulcères jéjunaux secondaires.

Ou bien à ce fait que la lésion duodénale n'était pas la seule lésion et que le malade était en même temps porteur d'une appendicite chronique, d'une ptose gastrique ; « l'estomac atone continue à mal se vider et à tirer sur le plexus solaire ».

La gastro-entérostomie a été mal faite. Nous verrons l'importance d'une bouche anastomotique trop large, trop petite, et de la longueur de l'anse afférente.

Tantôt les échecs sont dus à un réveil de l'ulcus primitif, surtout si l'on a pratiqué la gastro-entérostomie chez un malade très hyperacide.

L'apparition d'un nouvel ulcère soit sur le duodénum, soit sur l'estomac n'est pas exceptionnelle après la gastro-entérostomie.

L'apparition d'un ulcère jéjunal secondaire peut être due en partie à l'insuffisance du traitement médical post-opératoire.

L'entéro-anastomose, malgré ses succès opératoires, n'est donc pas sans dangers éloignés. *Le plus souvent, à elle seule, elle ne peut assurer la guérison de l'ulcère duodénal.*

Ses indications doivent donc être précisées.

Elle sera pratiquée :

1° Si l'ulcère duodénal est cicatrisé et a transformé le duodénum en un canal fibreux, *sans présence d'hyperchlorhydrie* (voir observation IV).

2° Si l'ulcus est en évolution, avec réaction inflammatoire rendant l'exérèse momentanément impossible.

3° Chez les sujets peu résistants, tarés, obèses, au ventre tendu, elle pourra, dans ces cas, être faite comme premier

temps d'une gastrectomie secondaire, si les troubles persistent après elle. Dans tous les autres cas, il faudra attaquer directement l'ulcus duodénal.

La technique de la gastro-entérostomie. — Les procédés varient suivant les auteurs : chacun a ses avantages. Nous ne pouvons ici donner que quelques généralités :

La bouche ne devra pas être trop étroite (pas moins de 3 centimètres), car « l'oblitération spontanée de la bouche peut se produire quel que soit l'état du pylore » (HARTMANN) par adhérences, par processus cicatriciel oblitérant, par ulcus jéjunal ou lésions inflammatoires banales des tuniques gastriques. Elle ne devra pas être trop large (pas plus de 7 centimètres), car il s'établit une évacuation en entonnoir qui supprime le temps gastrique des digestions et qui peut être responsable des diarrhées.

On ne devra pas pratiquer l'anastomose au bouton, trop étroite : cette technique ne vaut que par sa rapidité. (Malades cachectiques. Néoplasmes.)

Pour éviter les troubles dus à l'insuffisance de la digestion pancréatique et intestinale, il y a lieu de tenir assez court le segment exclus d'intestin grêle. Mais se méfier de l'anse trop courte qui « deviendra un véritable ligament suspenseur du bas-fond gastrique, lorsque le sujet sera en position verticale ».

L'anse demi-longue sera employée si l'on veut faire une anastomose isopéristaltique, mais il ne faut pas tourner le jéjunum dans une direction opposée à la direction anatomique ; le mésentère tirant sur la portion efférente peut réaliser un véritable volvulus autour du point d'implantation. Dans le cas d'anse longue, l'anastomose complémentaire jéjuno-jéjunale au bouton est nécessaire.

Suivant l'exemple des frères Mayo (de Rochester) on pratiquera de préférence l'anastomose à anse aussi courte que possible.

Où placer l'anastomose ? — Pas trop haut, car il peut se

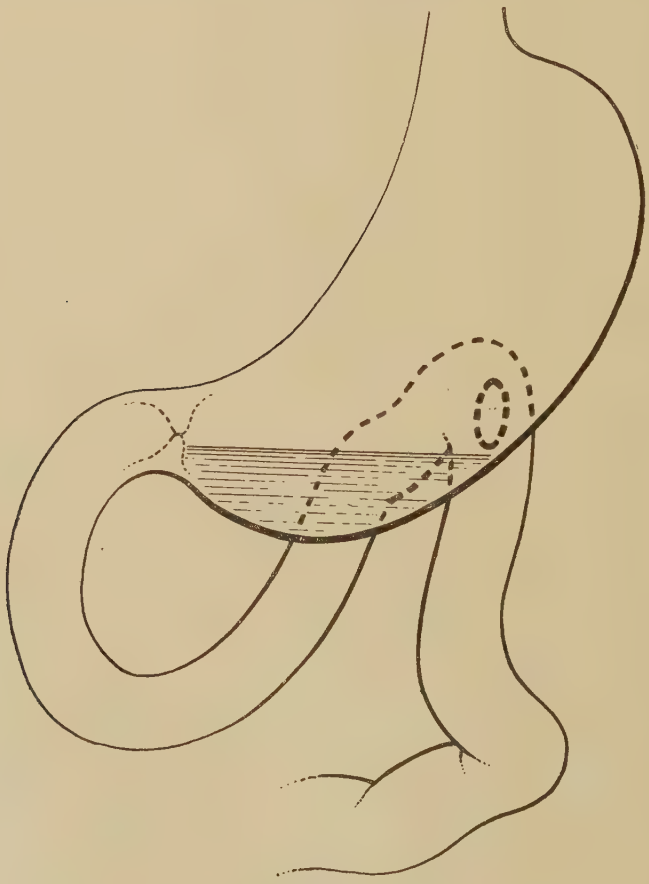

Fig. 2. — Gastro-entérostomie défectueuse.
L'orifice de drainage n'a pas été fait au point déclive (Victor Pauchet).

produire des accidents de stase (fig. 2). Essayer d'évaluer la rétraction de l'estomac après la gastro-entérostomie. Sur

un estomac dilaté, ne pas établir de parti pris la bouche sur le segment le plus déclive ; au bout de quelques semaines, l'estomac se rétractant, la bouche se trouve remontée vers

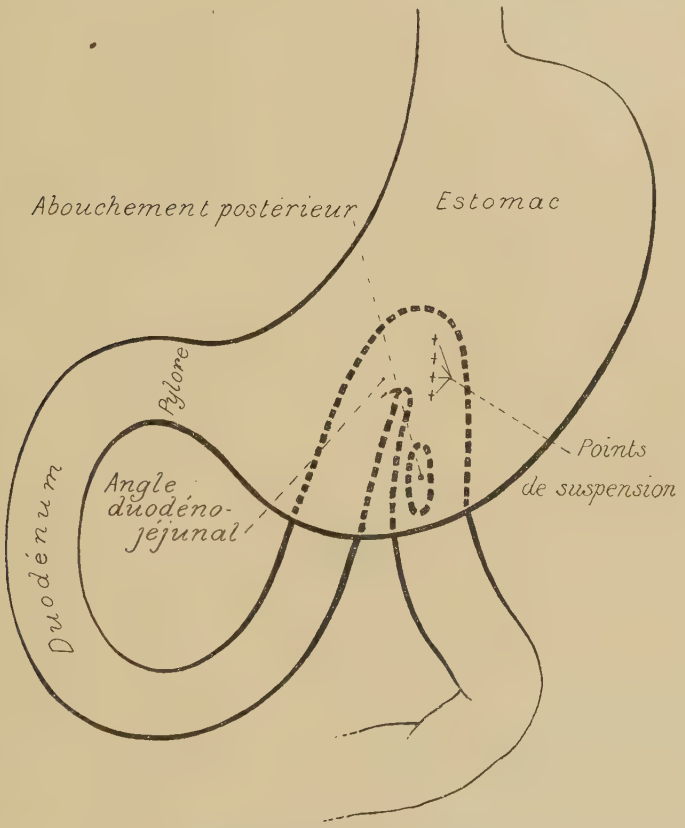

Fig. 3. — Procédé de suspension verticale de Ricard. C'est une des bonnes gastro-entérostomies.

la gauche. La suspension verticale de Ricard donne de bons résultats, « sur les estomacs dilatés dont la face postérieure offre toute l'étendue nécessaire pour faire grand » (Th. de Martel, Pierre Duval).

Cette technique assure un bon drainage et neutralise

mieux le suc gastrique. L'anastomose marginale est indiquée si l'estomac ne descend pas facilement.

Doit-on faire l'anastomose iso ou an-isopéristaltique ?

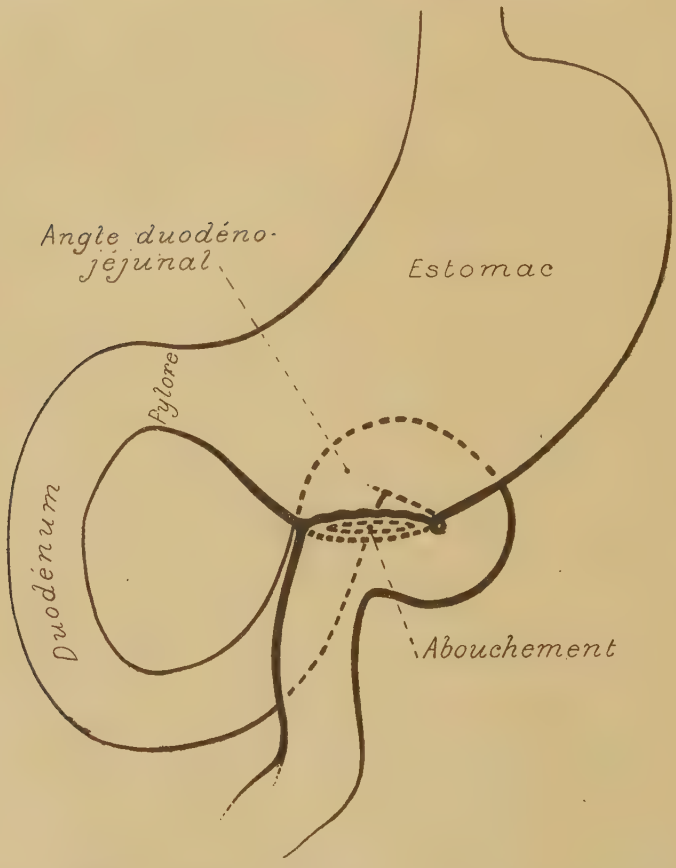

Fig. 4. — Gastro-entérostomie à anse courte, au point déclive, marginale. C'est une bonne gastro-entérostomie (d'après Victor Pauchet).

Cela dépend de la façon dont l'anse se présente ; en principe, l'anastomose non-isopéristaltique est mieux. Froin a montré que « l'estomac se vide par un mécanisme inverse du mécanisme normal, c'est-à-dire pendant l'antipéristal-

tisme ». A chaque contraction, la bouche se rétracte et le chyme ne passe pas.

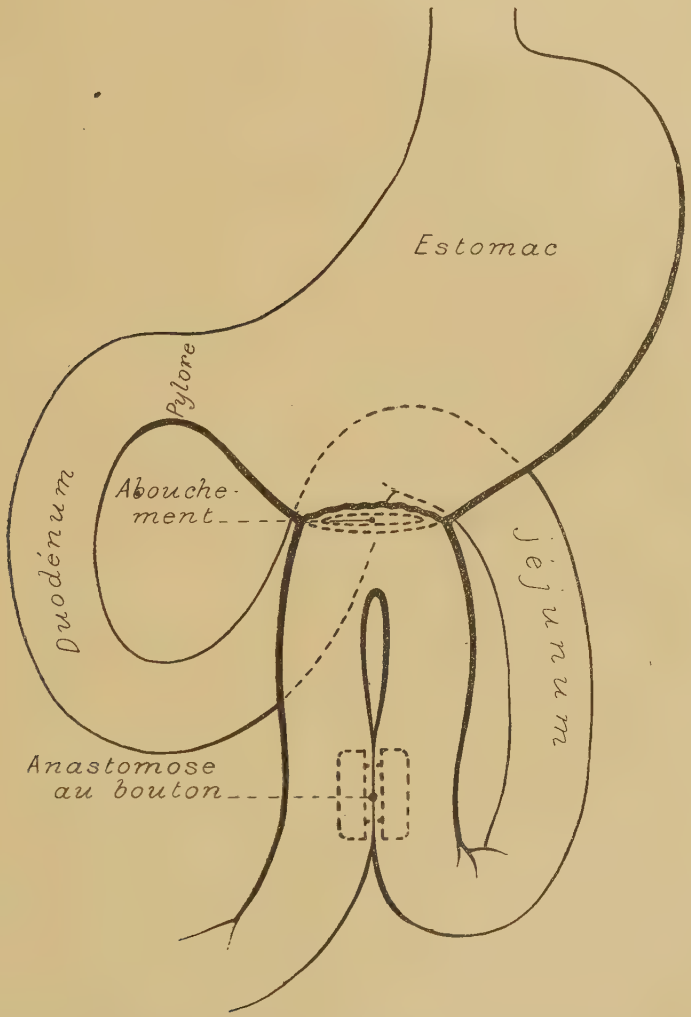

Fig. 5. — Une des bonnes gastro-entérostomies. Gastro-entérostomie à anse longue. Jéjuno-jéjunostomie au bouton : cette jéjuno-jéjunostomie empêche le circulus vitiosus (d'après Victor Pauchet).

L'anastomose non iso-péristaltique contribue à rendre la

bouche continente, mais l'anastomose verticale (Ricard) ou isopéristaltique est souvent indiquée par la disposition anatomique.

Doit-on favoriser le reflux de la bile dans l'estomac ? Pour certains auteurs, ce reflux diminue l'hypersécrétion, et fait disparaître le spasme. Roux, de Lausanne, fait au malade « une anastomose de régurgitation », faisant porter à l'opéré une véritable pharmacie intérieure. Il faut « se garder de lui attribuer ce rôle important » (Moppert).

En principe. — On fera l'anastomose postérieure trans-mésocolique à anse courte de Ricard (fig. 3). Si on éprouve des difficultés à bien placer la bouche, faire le dépouillement de la grande courbure et pratiquer la gastro-entérostomie marginale à anse courte (fig. 4). Si l'anse jéjunale est étroite et risque de se couder, si la direction ne paraît pas devoir être bonne, pratiquer la gastro-entérostomie à anse longue (20 centimètres) avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire (fig. 5). Ces procédés donnent souvent de très bons résultats fonctionnels. La gastro-entérostomie en Y de Roux est d'une technique plus délicate qui ne sera indiquée que si l'on craint une gastrectomie secondaire ou que « s'il existe des adhérences périgastriques rendant difficile l'abaissement de l'estomac ».

En pratique. — Le choix de tel ou tel procédé ne pourra se faire que l'estomac en main, la forme de l'organe, sa mobilité, imposant le plus souvent la technique appropriée.

CHAPITRE VI

LE TRAITEMENT DIRECT DE L'ULCÈRE DUODÉNAL EN CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE

Nous avons vu que la gastro-entérostomie ne pouvait assurer, par elle-même, le repos du duodénum ulcéré et nous avons donné les indications de l'entéro-anastomose. « Les chirurgiens ont été poussés à traiter directement l'ulcère, par la crainte de ne pouvoir obtenir sa cicatrisation. » (G. Moppert.) Trois fois sur quatre le traitement direct de la lésion est nécessaire.

Parmi les procédés employés, il en est qui doivent être condamnés.

L'excision simple de la lésion duodénale, suivie de restauration directe du duodénum, est une opération grave entraînant une mortalité de 20 p. 100. De plus, elle entraîne de fréquentes récidives. La mortalité élevée de cette intervention provient de ce que l'on opère en plein tissu infecté. Même si l'on pratique « l'excision large », on opère dans la zone qui, entourant l'ulcère, est toujours inflammatoire, donc infectée. L'ulcère duodénal est un foyer septique inoculant les portions limitrophes, les « ulcères contacts » en sont la preuve. Ramond a insisté sur ce fait que la duodénite « déborde l'ulcère parfois très largement ». L'excision simple de l'ulcère duodénal est

une intervention à laquelle il faut renoncer à cause de sa gravité.

De même la *gastro-entérostomie postérieure* avec *exclusion pylorique*, a donné de mauvais résultats. Mayo (de Rochester) a réalisé cette exclusion sans division du pylore, par plicature. La ligature du pylore a été faite au catgut chromé, ou à l'aide d'une bandelette aponévrotique. — Avec tous ces procédés, on a observé que l'acide chlorhydrique libre était aussi élevé après qu'avant l'opération, d'où fréquence des ulcus jéjunaux secondaires. De plus, cette exclusion était le plus souvent incomplète.

L'exclusion pylorique par division complète de l'antre du pylore (Doyen, V. Eiselsberg) a le défaut de favoriser l'apparition de l'ulcus jéjunal, et n'a « aucune action sur les hémorragies secondaires ». Les ulcères qui saignent, ont saigné après exclusion du pylore, preuve de l'inutilité de cette dernière opération en pareil cas (G. Moppert). — Le même auteur signale que sur 7 cas, il a observé un ulcus jéjunal secondaire et 4 hémorragies graves. Après division du pylore, l'estomac n'étant plus maintenu par la continuité digestive, l'antre prépylorique tend à former une poche où se déposent les aliments imprégnés de suc gastrique. L'irritation chronique de la muqueuse en ce point, peut être l'origine d'un ulcère. — Nous pouvons, à ce sujet, mentionner l'observation suivante d'un malade opéré en clinique particulière.

Ce malade présentait un ulcère duodénal et a été opéré en 1923 par gastro-entérostomie, avec exclusion par division complète du pylore. Suites opératoires bonnes. Cependant, six mois après le malade, revient consulter, se plaignant d'une douleur épigastrique continue avec crises douloureuses survenant une heure après les repas. A la radio on constate une bouche anastomotique fonctionnant normalement et un antre pylorique bas situé, formant une poche très douloureuse à

la pression. Nouvelle intervention. Antrectomie simple. Suites opératoires normales. Guérison s'étant maintenue depuis (voir fig. 6). La pièce opératoire ne présentait pas de lésions ulcéreuses, mais il

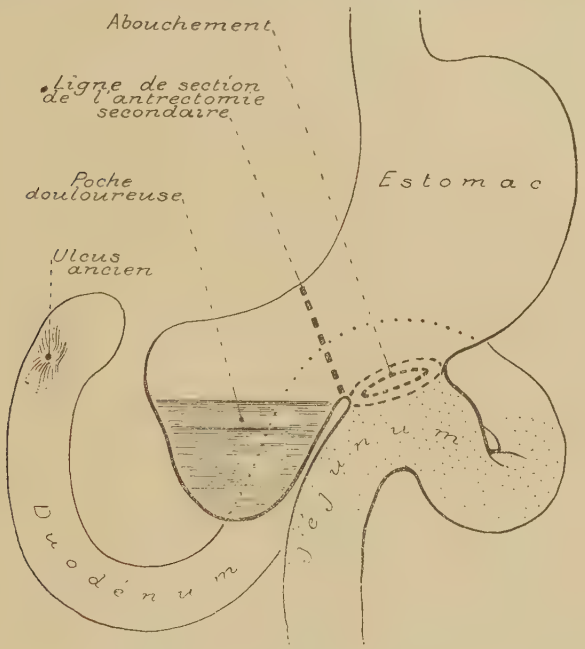

Fig. 6. — Antrectomie secondaire.

est probable qu'un ulcus se serait développé en ce point si l'on n'était pas intervenu.

Ces interventions doivent donc être abandonnées. Parmi les techniques proposées, le Balfour, le Finney, la résection duodénale et la gastrectomie sont indiquées avec une fréquence variable. Nous allons entreprendre l'étude de leurs indications respectives.

1° **Le Balfour** consiste en la destruction au thermocautère de l'ulcère suivie d'enfouissement. C'est une intervention facile, rapide et bénigne, sa mortalité étant de 1 p. 100

(Victor Pauchet). Il faudra toujours compléter l'intervention par la gastro-entérostomie ; le Balfour amenant une diminution du conduit intestinal, une sténose incomplète du duodénum, à laquelle s'ajoute un élément spasmodique.

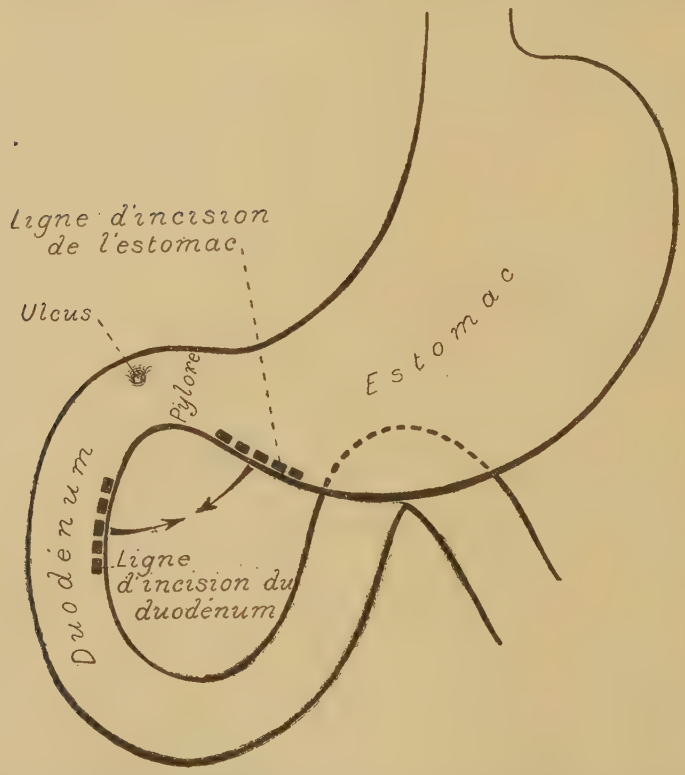

Fig. 7. — La gastro-duodénostomie de Finney. Cette intervention est plus facile si l'on excise d'abord l'ulcère et si l'on prolonge l'incision sur l'estomac et le duodénum (d'après Victor Pauchet).

Le Balfour ne luttant pas contre l'hyperchlorhydrie, il doit donc être pratiqué dans des cas bien définis.

Il convient aux ulcus duodénaux petits, non calleux. Un ulcus étendu entraînerait une destruction trop vaste.

Il ne peut s'effectuer que si le duodénum est mobile et libre de toutes adhérences de périduodénite.

Il convient aux malades affaiblis, étant donné sa rapidité.

Le chirurgien ne devra le pratiquer que si le malade a une chlorhydrie normale, l'hyperacidité entraînant la possibilité d'un ulcus peptique secondaire.

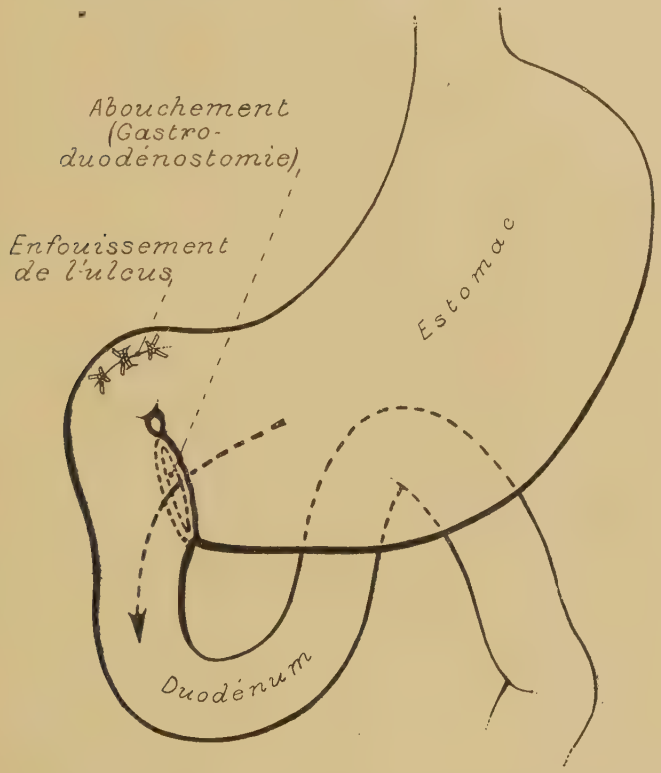

Fig. 8. — La gastro-duodénostomie de FINNEY. Sur l'ulcus trois points de suture pour éviter la perforation secondaire (d'après VICTOR PAUCHET).

Il ne pratiquera cette intervention que si l'ulcus est faiblement accessible.

La thermocautérisation peut être associée à la pyloroplastie, cette technique supprimant les douleurs et assurant le vidage parfait de l'estomac. On ne doit la pratiquer :

Que si le malade est hypochlorhydrique, sinon, on peut craindre des récidives aux points de suture ;

Que si le spasme est relativement peu accusé ;

Que si l'ulcus est petit, bien limité.

2° La gastro-duodénostomie. Opération de Finney. — L'exci-

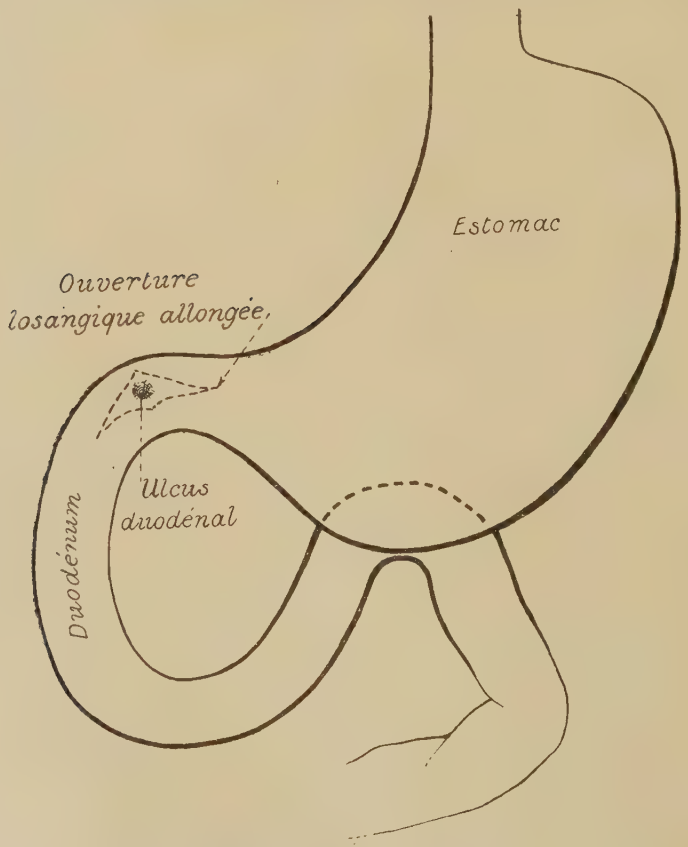

Fig. 9. — Un coup de ciseaux axial crée une ouverture losangique allongée dans le sens de l'axe gastro-duodénal.

sion ou la thermocautérisation de l'ulcère peut être suivie de l'opération de Finney (fig. 7-8). La plaie duodénale est

débridée ainsi que les parois gastriques ; un coup de ciseaux « axial » crée une ouverture losangique allongée dans le sens de l'axe gastro-duodénal. La suture la transformera en une anastomose verticale (fig. 9 et 10).

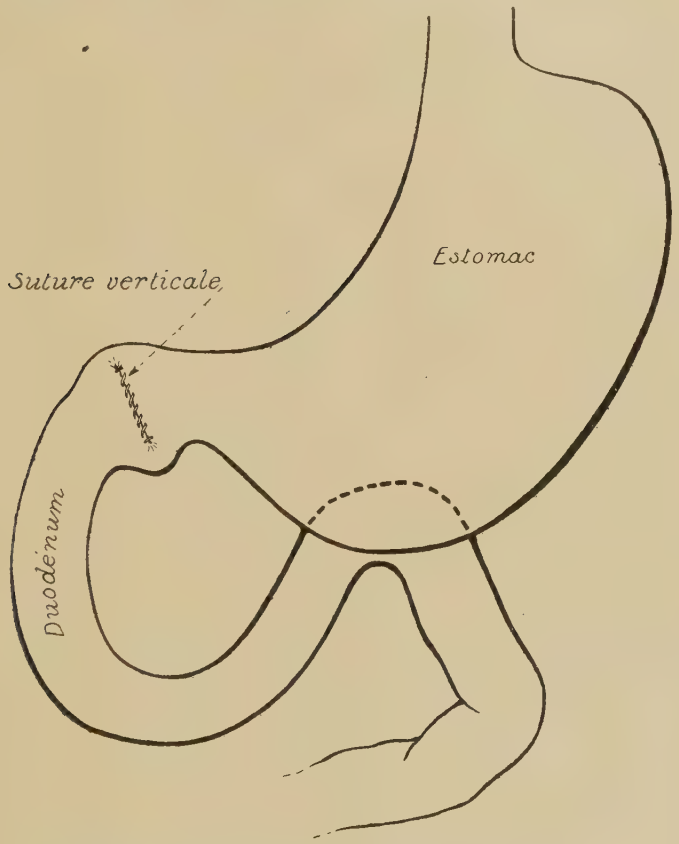

Fig. 10. — La suture verticale augmente le calibre pyloro-duodénal.

Cette gastro-duodénostomie est une excellente opération, permettant une évacuation facile de l'estomac : les ondes péristaltiques entraînent naturellement le chyme vers la bouche ainsi formée. De plus, le contact du chyme avec le duodénum est physiologique : les phénomènes chi-

miques de la digestion s'accomplissent normalement. C'est une intervention bénigne qui lutte efficacement contre le spasme.

Pourquoi donc n'est-elle pas plus fréquemment employée ? Parce que cette anastomose n'est logique que dans certaines circonstances et n'est possible que dans certaines conditions.

On ne doit la faire que si l'hyperchlorhydrie est faible, à cause du danger des récidives.

Que si l'ulcus est petit, non calleux.

On ne peut la faire que si le sujet est atteint de gastroptose (Victor Pauchet) (voir observation VIII).

Sa « possibilité dépend, de plus, de la mobilisation du duodénum » (Moynihan).

Les indications du Finney sont donc restreintes (1 fois sur 10). Dans les cas où cette technique peut être employée, les résultats en sont excellents.

3° **La duodénectomie** est la résection du segment intestinal malade (fig. 11) avec, bout à bout à la Pean. Cette duodénectomie est en fait *une duodéno-gastrectomie*, car, en supprimant à la fois le pylore et la petite tubérosité, on lutte efficacement contre le spasme pylorique « qui domine la pathologie gastrique » (Doyen) et dont la fréquence, au cours de l'ulcère duodénal, n'est plus à démontrer. La résection du pylore est nécessaire ; la résection du duodénum ulcéreux, sans résection du pylore, n'est pas une bonne opération, puisqu'elle exalte encore la fonction spasmatique du pylore (Moppert). On peut rétablir la continuité digestive de deux façons : soit bout à bout gastro-duodénal, à la Pean (fig. 12) ; soit par implantation termino-latérale de l'estomac dans le jéjunum.

Cette opération donne de bons résultats dans certaines conditions. Les indications en sont nettes.

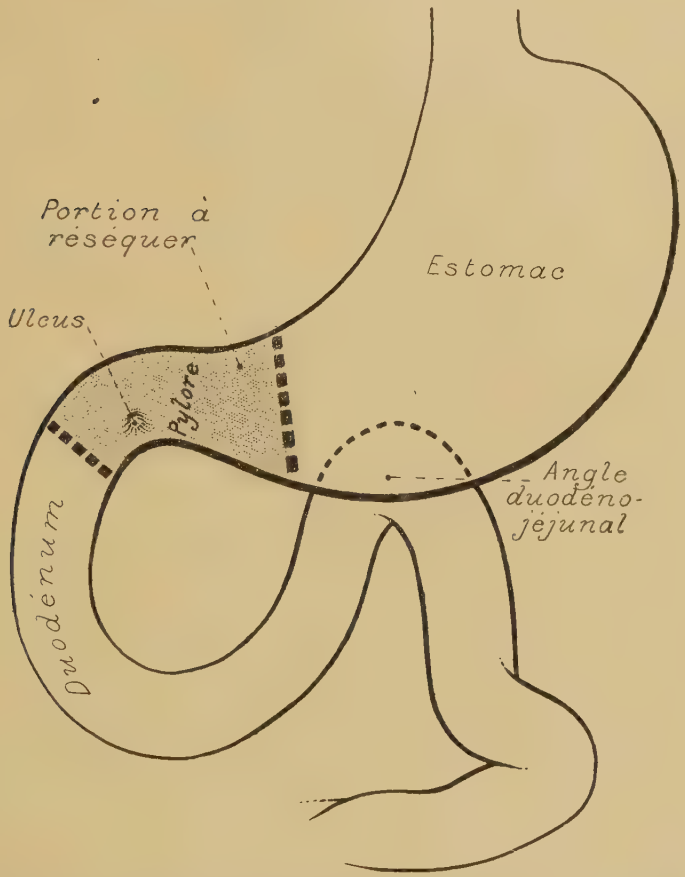

Fig. 11. — La duodénectomie. C'est une bonne opération si le sujet est hypochlorhydrique. En pointillé les 2 lignes de section (d'après Victor Pauchet).

Elle sera pratiquée dans les formes douloureuses avec spasme du pylore.

Elle convient aux cas de duodénum très altéré par l'Ulcus et « quand la perforation ou les hémorragies paraissent possibles » (Victor Pauchet).

Lorsque l'ulcus est trop étendu pour être traité par le Balfour.

Elle ne peut se faire facilement que si le duodénum est mobile.

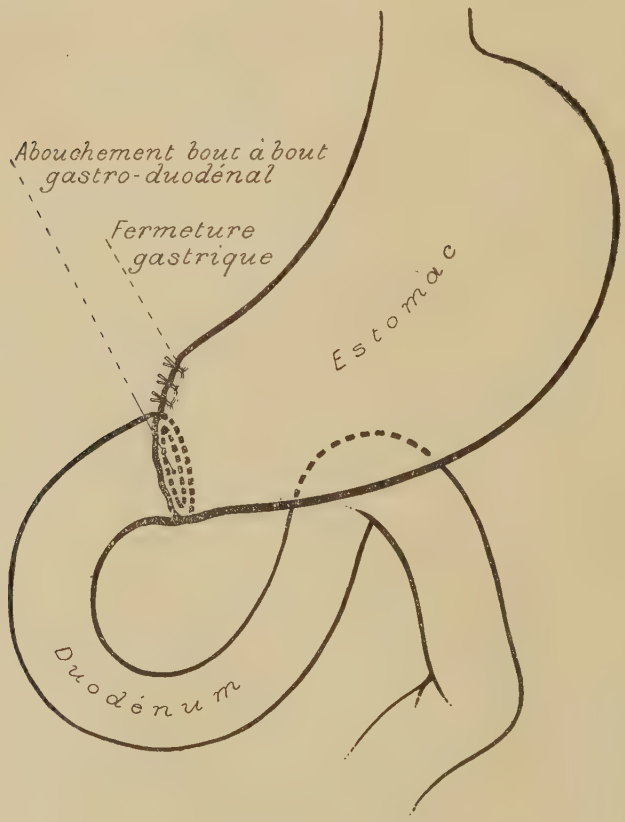

Fig. 12. — La pyloro-duodénectomie.
Abouchement bout à bout à la Péan (d'après Victor Pauchet).

Enfin, elle ne doit être pratiquée que chez les malades à hyperacidité très modérée, car « plus l'hyperchlorhydrie sera faible, plus on pourra être économe d'étoffe gastrique » (Victor Pauchet).

Il faudra néanmoins faire la section duodénale assez

loin de l'ulcère au niveau du pancréas, pour éviter la région infectée péri-ulcéreuse et travailler en tissu sain.

4° **La Gastrectomie.** — C'est le traitement de choix des ulcères duodénaux très hyperacides. — « Supprimant l'ulcus et diminuant la sécrétion chlorhydrique » (Moppert), la gastrectomie peut, seule, assurer la cure radicale de ces ulcères graves et hyperacides. Seuls, les dangers de l'intervention ont pu écarter les chirurgiens non-entraînés des résections gastriques larges. Nous discuterons ce point ultérieurement.

Les avantages de la gastrectomie, comme traitement de l'ulcère du duodénum, sont considérables :

Seule la résection, en supprimant l'ulcère, met le malade à l'abri des hémorragies et de la perforation.

Supprimant le pylore, elle supprime complètement et sûrement le spasme. Or, il se peut, « comme l'admettent Bergmann et Richter, que l'état spasmodique du pylore abandonné soit d'une grande importance étiologique pour l'ulcère peptique jéjunal » (R. de Butler d'Ormont, d'Amiens).

Supprimant l'hyperchlorhydrie, la gastrectomie supprime les dangers de récidives d'ulcus (voir observation VII). L'ulcère, en effet, se développe à la faveur de l'hyperchlorhydrie : les ulcères peptiques jéjunaux ne sont-ils pas exceptionnels, après la gastro-entérostomie pour cancer, donc, dans les états d'hyposécrétion gastrique?

Le siège de l'ulcus peptique, après gastro-entérostomie, est une nouvelle preuve que son développement est lié à l'hyperchlorhydrie du sujet. Il siège, en effet, le plus souvent, juste en face de l'anneau de la bouche anastomotique correspondant à l'insertion mésentérique de l'anse jéjunale

utilisée par la gastro-entérostomie ; « en un point soumis d'une manière continue au traumatisme chimique » (R. de Butler d'Ormond).

La gastrectomie supprimant une large surface secrétante de la muqueuse gastrique, et entraînant de l'hyposécrétion, ne se complique d'ulcus peptique que si elle est trop économique.

La gastrectomie est donc le traitement de choix de l'ulcère duodénal puisque celui-ci est souvent plus hyperchlorhydrique que l'ulcère gastrique. Il est à noter que 20 p. 100 seulement des cas d'ulcères gastriques s'accompagnent d'une courbe élevée d'hyperchlorhydrie, tandis que la proportion, en cas d'ulcères du duodénum est de 73 p. 100 (Moynihan).

Une hyperchlorhydrie marquée exige donc la gastrectomie, les opérations palliatives entraînant une forte proportion d'ulcus peptiques secondaires. V. Haberer indique la proportion de 17 p. 100 après les exclusions pyloriques et gastro-entérostomies. La gastro-entérostomie simple se complique d'ulcères peptiques dans 4 à 5 p. 100 des cas (Victor Pauchet).

Les résultats opératoires et fonctionnels de la gastrectomie ont été discutés. Certes, cette intervention lorsqu'elle est pratiquée pour un néoplasme de l'estomac, comporte de gros risques opératoires (20 p. 100). Il n'en est pas de même pour l'ulcère gastrique et surtout duodénal. Au fur et à mesure que les techniques opératoires se précisent[1], que le chirurgien donne plus d'importance à la préparation de son malade, la mortalité a considérablement diminué.

« Seule, la gastrectomie donne une cure certaine et défi-

1. L'emploi de l'aspirateur au cours de l'intervention, est une technique intéressante permettant de travailler sur un estomac vidé de son contenu septique.

nitive de l'ulcère. Sa mortalité est de 3 à 4 p. 100, sa gravité n'est donc pas supérieure à l'opération de Balfour et les résultats en sont excellents » Moynihan).

Actuellement, la gastrectomie est à peine plus grave que la gastro-entérostomie (Victor Pauchet). Sur une série de 34 ulcères duodénaux simples (c'est-à-dire ne s'accompagnant pas d'ulcus gastriques) et non compliqués (non perforés et non en période d'hémorragies), qui ont été opérés à l'hôpital Saint-Michel, nous n'avons vu qu'une mort opératoire (3 p. 100).

Les résultats fonctionnels de la gastrectomie sont très bons. Moppert, en 1922, insistait sur les « brillants résultats » de l'opération de Polya. Nous avons pu nous rendre compte, nous-même, des résultats éloignés de la gastrectomie à l'aide de questionnaires adressés à quelques anciens opérés. Nous reproduisons ici quelques-unes de ces observations : absence de douleurs, reprise de poids, selles normales, sont les résultats observés dans la très grande majorité des cas.

Néanmoins, dans les semaines qui suivent l'intervention il faut signaler quelques troubles fonctionnels. L'opération ayant diminué l'estomac dans ses dimensions, cet organe n'admet plus qu'une faible quantité d'aliments, d'où la nécessité de repas fréquents et petits. Le nerf pneumogastrique ayant été sectionné au cours de l'intervention, l'opéré n'a plus, au début, la sensation de satiété. L'acide chlorhydrique étant diminué par ablation d'une large surface sécrétante, les fibres musculaires ne sont pas digérées tout au moins pendant quelques mois.

Ces troubles disparaissent rapidement. Les examens radiographiques ultérieurs ont montré que l'estomac peu à peu se laisse distendre. La digestion se fait peu à peu

normalement ; il est vraisemblable que par la suite, les glandes de l'estomac se reproduisent.

Moppert a signalé le rôle favorable que « joue la suppression d'une large surface gastrique dans le résultat de l'opération ». Victor Pauchet enlève la moitié, les 3/4, voire les 4/5 de l'estomac. Dans ces cas graves, fortement hyperchlorhydriques, « on a toujours tendance à laisser trop d'étoffe gastrique ».

Les indications de la gastrectomie. — Dans la cure radicale de l'ulcère duodénal ces indications doivent être précisées, car on ne doit appliquer ce traitement qu'à des cas bien définis.

N'intervenir que chez des sujets résistants. A moins d'urgence, ne pas faire de gastrectomie chez les malades qui saignent abondamment : attendre l'arrêt de l'hémorragie. La préparation du malade à l'opération est des plus importante.

Le retour constant des symptômes pénibles de l'ulcère duodénal est une indication (Thierry de Martel) surtout chez des malades comprenant la nécessité d'une intervention radicale.

Les petites hémorragies répétées pouvant faire craindre une complication plus grave, sont une indication à la cure radicale.

Mais l'indication la plus formelle de la gastrectomie est l'hyperchlorhydrie du malade. C'est contre elle qu'il faut lutter par la gastrectomie, « *et plus le malade sera hyperchlorhydrique, plus il faudra enlever d'étoffe gastrique* » (Victor Pauchet).

Dans le cas de forte hyperchlorhydrie, la coïncidence d'un ulcère duodénal et d'un ulcère gastrique n'est pas rare.

Sur 100 ulcus gastriques, il y a 12 ulcus duodénaux concomitants (Moynihan). Dans le cas de lésion double, la gastrectomie s'impose.

La technique de la gastrectomie (fig. 13) est variable en

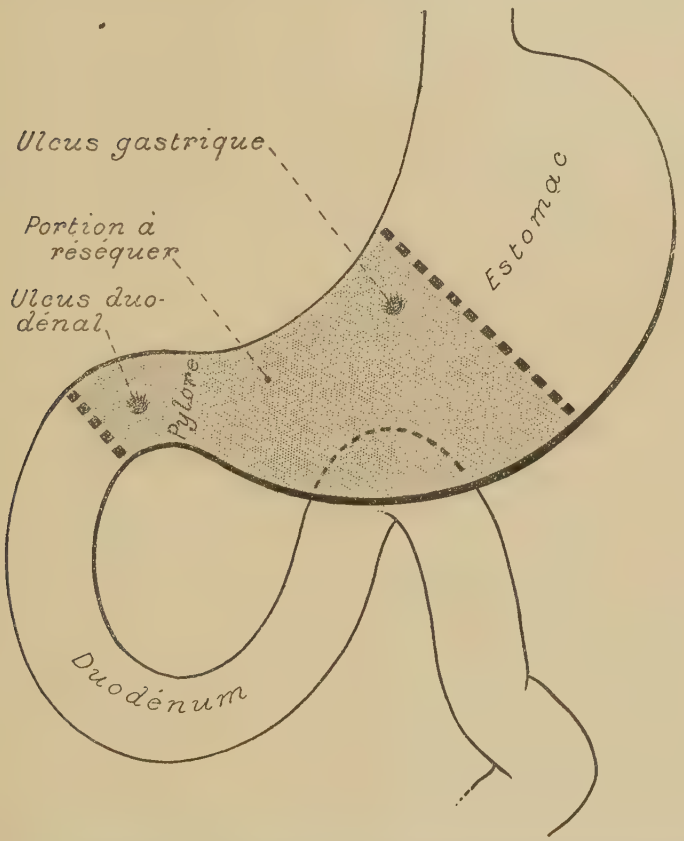

Fig. 13. — Gastro-pylorectomie pour double ulcus duodénal et gastrique. Toute la portion en grisaille est réséquée (d'après Victor Pauchet).

ce qui concerne le rétablissement de la continuité digestive. Nous n'avons pas, ici, à entrer dans les détails de chaque anastomose que l'on peut pratiquer, et nous nous bornerons à étudier les indications de tel ou tel procédé.

Ce sont des considérations anatomiques qui vont surtout nous diriger ; le choix entre ces diverses techniques se faisant, l'estomac en main.

La section du duodénum devra se faire le plus loin pos-

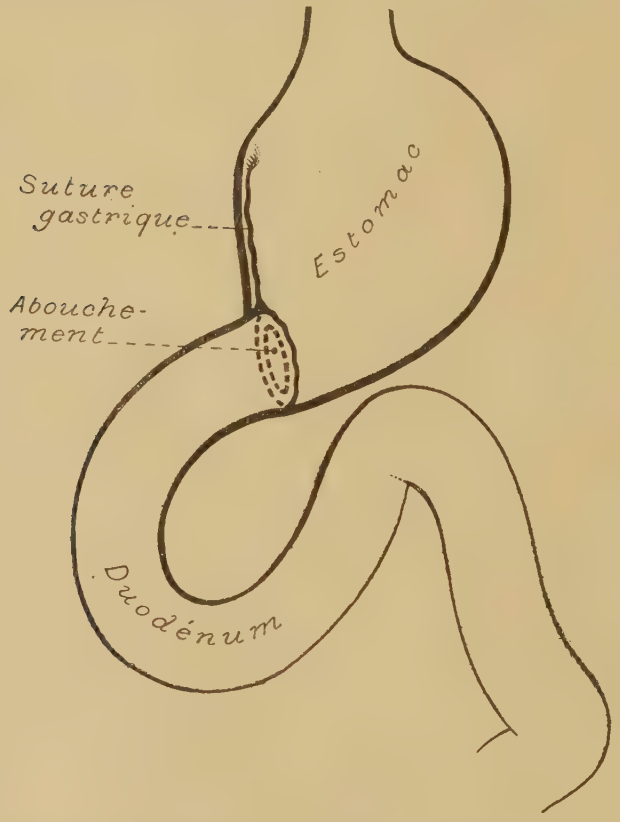

Fig. 14. — Après gastrectomie, comment on rétablit la continuité par le bout à bout à la Péan (d'après Victor Pauchet).

sible de la lésion. Après ligature de la coronaire stomachique, et dépouillement des deux courbures de l'estomac, la section gastrique se fera à un niveau variable selon la chlorhydrie du malade. Pour rétablir la continuité, on peut employer divers procédés.

L'anastomose termino-terminale gastro-duodénale ou procédé de Péan Billroth I (fig. 14) est la meilleure des anastomoses, car « la plus physiologique ». Elle ne pourra se

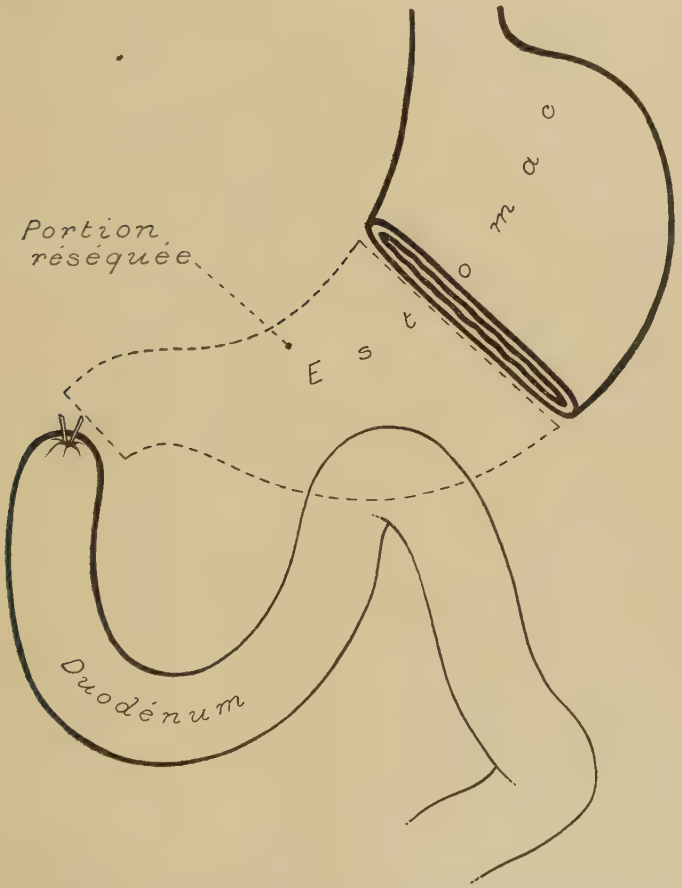

Fig. 15. — Gastro-pylorectomie. Résection. Fermeture en cul-de-sac du duodénum, car le bout à bout n'est pas possible (d'après Victor Pauchet).

faire que si le moignon gastrique est mobile, et le duodénum large et bien recouvert de séreuse sur tout son pourtour. Elle est à conseiller chaque fois « qu'une résection gastrique trop large ne fait pas craindre de traction sur les

sutures gastro-duodénales » (Victor Pauchet) (fig. 15). Il faut donc un moignon gastrique s'abaissant facilement (observation III). La portion supérieure non anastomosée de la tranche gastrique sera fermée en deux plans. Il faut de plus que le duodénum soit entouré de séreuse péritonéale avec plan séreux postérieur libre, pour que l'anasto-

Fig. 16. — Hémi-gastrectomie (Billroth II). Les pointillés indiquent les lignes d'incision gastrique et jéjunale. L'estomac sectionné a été fermé. Anastomose à la Billroth (d'après Victor Pauchet).

mose à la Péan soit possible ; cette technique ne peut donc s'appliquer qu'à des ulcères duodénaux juxta-pyloriques. En cas de lésion siégeant loin du pylore, la section du duodénum se fait trop loin, au niveau de la deuxième portion, et la fermeture en bourse de cet intestin peut seule être pratiquée. L'anastomose à la Péan est donc assez rarement employée après gastrectomie pour ulcus duodénal.

La gastro-entérostomie après gastrectomie, ou *Procédé*

de Billroth II (fig. 16), consiste en la fermeture de l'estomac et en une gastro-entérostomie antérieure ou postérieure au

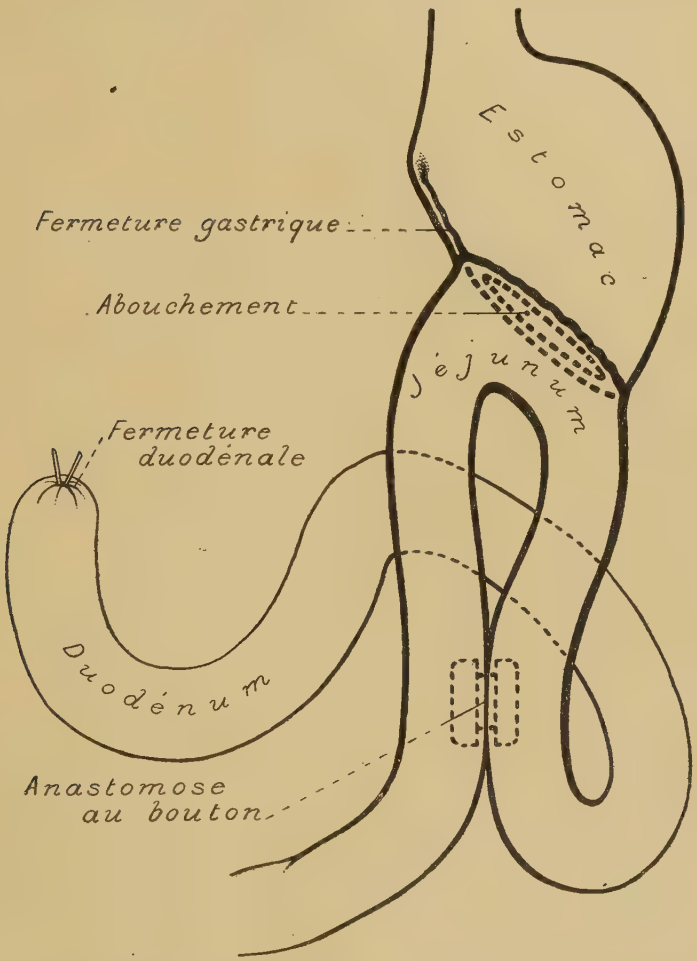

Fig. 17. — Implantation de l'estomac dans une anse jéjunale, anse longue pour éviter le reflux biliaire, jéjuno-jéjunostomie au bouton (d'après Victor Pauchet).

point déclive. C'est un excellent procédé si l'on a un duodénum petit et beaucoup d'étoffe gastrique (Victor Pauchet).

Si l'on craint une régurgitation biliaire, ou la création d'un Circulus Vitiosus, si l'on a pris une anse longue, il faut compléter par une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

L'implantation à la Polya est l'anastomose directe gastro-jéjunale. C'est la méthode de choix (fig. 17). Elle est facile

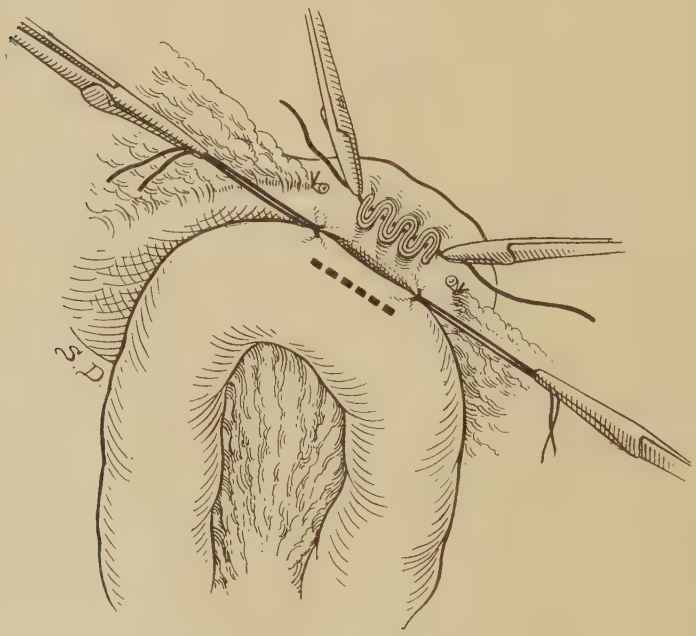

Fig. 18. — Hémi-gastrectomie (Polya).
Le pointillé montre la ligne d'incision jéjunale (d'après Victor Pauchet).

même après les gastrectomies larges, à cause de la mobilité de l'anse duodéno-jéjunale et n'exige « qu'une étoffe gastrique suffisante ». L'implantation sera totale si la tranche gastrique est de bonne dimension (fig. 18). Si la tranche gastrique est trop longue, fermer le 1/3 supérieur en deux plans, avant l'implantation. Si l'on choisit une anse longue, compléter par une jéjuno-jéjunostomie.

La gastrectomie exige de la part de l'opérateur une grande habitude de la chirurgie gastrique. Aussi, dans les cas de lésion duodénale éloignée du pylore nécessitant la section de cet intestin au niveau de sa deuxième portion et dans les cas d'ulcères anciens avec périduodénite, on peut pratiquer, si la chlorhydrie du malade n'est pas trop considérable, *l'Antrectomie simple*. C'est une excellente intervention, donnant de bons résultats fonctionnels. Sa technique est plus simple car on laisse en place le duodénum. Elle consiste à sectionner le pylore, à le fermer et à réséquer l'antre pré-pylorique. On termine l'intervention par une anastomose gastro-jéjunale à la Polya. Par cette opération, on assure le repos du duodénum, et en réséquant l'antre, on lutte efficacement contre la chlorhydrie. C'est en effet dans ce segment gastrique, que les glandes digestives sont plus nombreuses. L'anastomose à la Polya assure un bon drainage gastrique.

Néanmoins, pour mettre l'opéré à l'abri des complications possibles, il est prudent de traiter directement l'ulcus par thermocautérisation et enfouissement, ou par l'enfouissement seul.

Ces diverses anastomoses (Péan, Billroth, Polya) donnent les mêmes résultats fonctionnels. Toutes exigent un certain entraînement de la part de l'opérateur.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DE L'ULCUS DUODÉNAL COMPLIQUÉ

Nous étudierons brièvement le traitement de l'ulcère duodénal compliqué. *La perforation*, *l'hémorragie*, enfin, nous parlerons de la *dégastro-entérostomisation*, considérant l'ulcère jéjunal comme une complication de l'ulcère duodénal traité primitivement par une gastro-entérostomie. Ces cas sont relativement fréquents surtout si, comme nous l'avons vu, la gastro-entérostomie a été faite chez des sujets hyperacides.

La perforation exige un traitement chirurgical immédiat : avant la sixième heure, on obtient 95 à 100 p. 100 de guérison. Après vingt-quatre heures la mortalité est de 90 p. 100.

La suture simple est l'opération de choix par sa simplicité. Mais cette suture provoquant parfois un rétrécissement considérable du pylore, il faudra dans ce cas la compléter par une gastro-entérostomie aussi large que possible (Lecène).

Si la suture est impossible, la perforation à bords calleux ne tenant pas sur le fil, ou si l'on a affaire à un sujet très résistant, et à un estomac sans adhérences, la duodéno-pylorectomie pourra se faire d'emblée, cette intervention radicale supprimant à la fois la perforation et la maladie causale (Pierre Duval). Cette opération, dans ces conditions, est d'une extrême gravité, et ne se pratique que dans le cas d'absolue nécessité.

Les hémorragies relèvent à la fois du traitement médical et du traitement chirurgical. L'hémorragie est un danger constant surtout dans les cas d'ulcère duodénal chronique. Nous n'aurons en vue, ici, que l'hémorragie grave, s'accompagnant de signes généraux alarmants, et non pas la petite hémorragie se manifestant sous forme de melæna que l'on peut considérer d'ailleurs comme un symptôme de l'ulcère. Nous avons étudié le traitement médical de l'hémorragie : il est souvent efficace, au moins temporairement. Mais dès que celle-ci aura cessé et l'estomac lavé, il faut s'empresser d'opérer. L'opération systématique est moins grave que l'expectative armée ou le traitement médical prolongé. Aussi, ne devra-t-il jamais dépasser quarante-huit heures après l'arrêt supposé de l'hémorragie. Le sujet étant remonté, il faudra opérer. Pratiquer l'enfouissement de l'ulcère en chargeant les vaisseaux qui suivent les deux bords du duodénum (Victor Pauchet) et compléter par une gastro-entérostomie. Dans ces cas, il faut faire le minimum pour ne pas choquer le malade. En cas d'hémorragies répétées, et si l'état du malade est encore relativement bon, on pourra faire une duodéno-gastrectomie d'emblée ; la mortalité de cette intervention dans de telles circonstances est plus élevée (10 p. 100) ; aussi est-il, chez les sujets gras ou tarés, préférable de faire une simple gastro-entérostomie, quitte à traiter la lésion elle-même par une gastrectomie ultérieure et guérir ainsi le malade en deux fois. « Mieux vaut guérir un malade en deux fois que de le tuer en une. » (Victor Pauchet.)

La dégastro-entérostomisation pour ulcus peptique. — Nous avons vu que la gastro-entérostomie pratiquée pour des ulcères duodénaux hyperacides exposait à l'ulcus peptique. Cette lésion annoncée par la reprise des douleurs, par des

hémorragies, provoque une déformation fixe de la bouche anastomotique à la radioscopie, avec *point douloureux électif*. Cette nouvelle ulcération expose à de graves dangers (perforation, fistule gastro-jéjuno-colique) imposant la cure chirurgicale. Quels procédés faut-il envisager?

La simple excision de l'ulcus jéjunal avec nouvelle gastro-entérostomie est une intervention défectueuse, le malade « se trouvant, après cette opération, dans les mêmes conditions antérieures à la formation de l'ulcus jéjunal qui ne manquera pas de se reproduire » à la faveur de l'hyperacidité qui subsiste.

Il faut faire, dans ces cas, ce qui aurait dû être fait tout d'abord, traiter directement l'ulcère duodénal primitif, ou reséquer l'estomac. Dans ce cas encore le chirurgien sera guidé par la chlorhydrie du malade.

Si le malade est très hyperchlorhydrique, et nous avons vu que ce cas pouvait se produire, même après la gastro-entérostomie, le gastrectomie s'impose. A l'intervention on trouvera, le plus souvent, une lésion duodénale encore en activité et un ulcus peptique étendu. La résection devra comprendre le duodénum ulcéré, une grande partie de l'estomac, et le duodéno-jéjunum ulcéré. On pourra ensuite rétablir la continuité digestive par deux procédés dont les indications seront les mêmes que pour la gastrectomie primitive :

1° Soit le bout à bout à la Péan qui est l'opération idéale avec suture circulaire du duodénum-jéjunum, termino-terminale ;

2° Soit fermeture du duodénum, suture en bourse du duodénum et implantation de la tranche gastrique à la Polya avec une anse courte du jéjunum (fig. 19).

Si le malade n'est plus hyperchlorhydrique et, si après

laparotomie on trouve un ulcus duodénal cicatrisé réduisant le duodénum en un petit canal fibreux, la résection

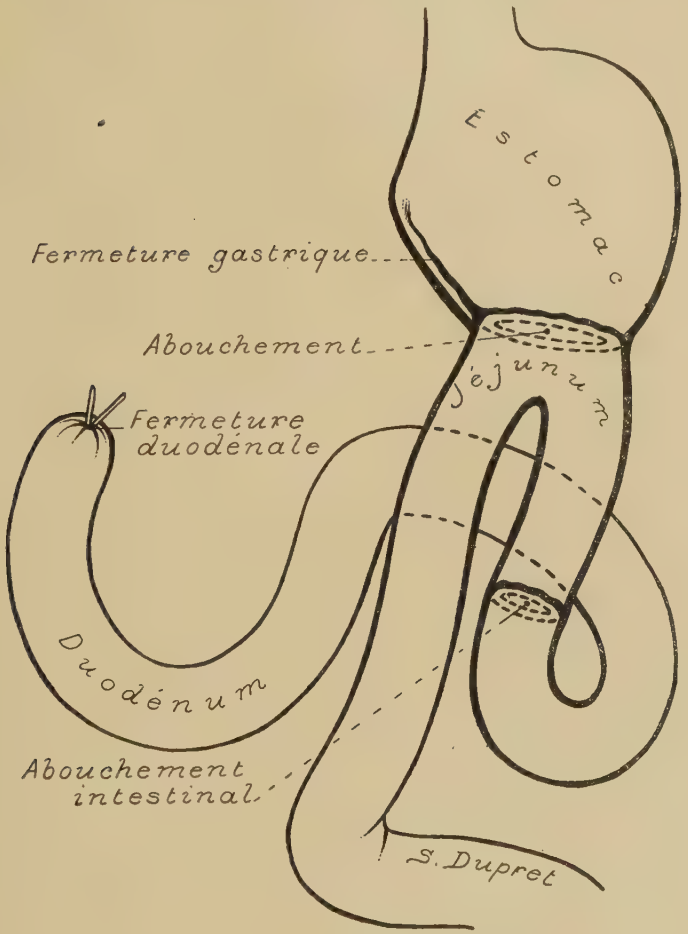

Fig. 19. — Ulcus jéjunal pour ulcère duodénal. Après triple résection on fait une anastomose termino-terminale de l'intestin et anastomose gastro-jéjunale à la Polya (d'après Victor Pauchet).

et la fermeture de ce dernier sont très simples. Une gastrectomie moins large sera nécessaire et portera immédiatement au-dessus de l'orifice anastomotique ulcéré.

L'opération peut consister à réséquer le jéjunum ulcéré

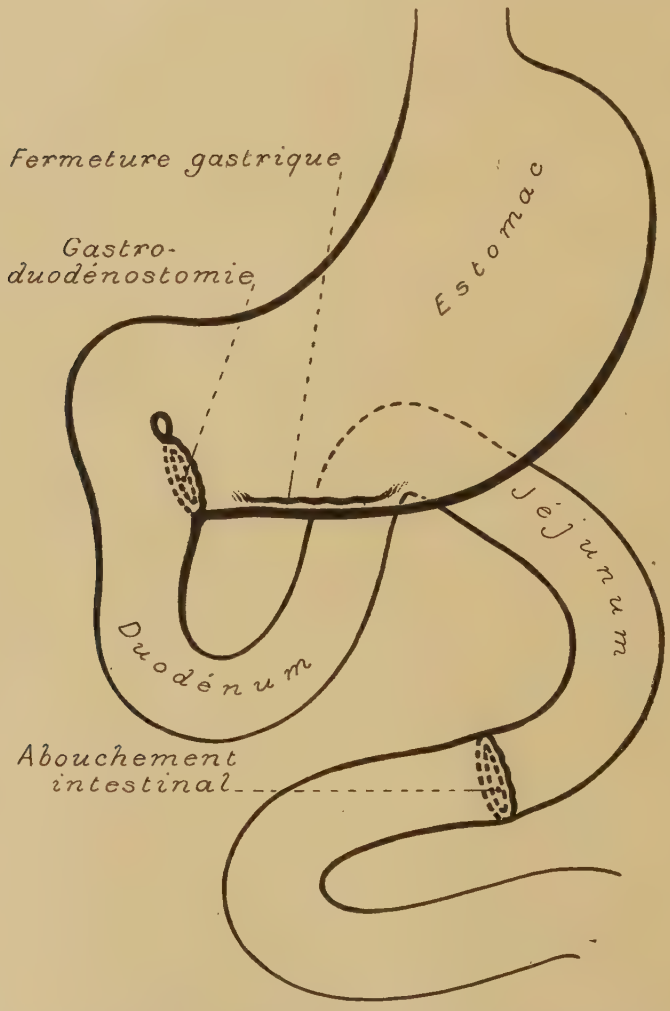

Fig. 20. — Intervention convenant aux ulcus duodénaux cicatrisés avec chlorhydrie normale. L'ulcus peptique n'est plus à craindre (d'après Victor Pauchet).

et à rétablir cet intestin par une suture termino-terminale. Fermer la brèche gastrique et pratiquer la gastro-duodé-

nostomie de Finney. Pour que cette anastomose soit facile et exécutée sans risques, il faut qu'il y ait de la gastro-

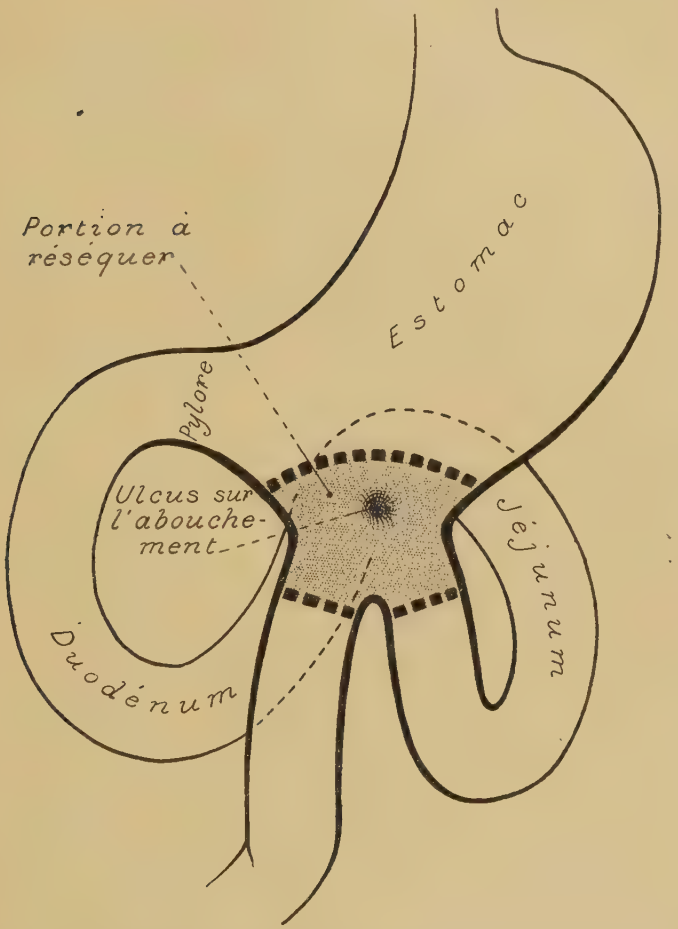

Fig. 21. — Ulcus consécutif à une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal. La partie en grisaille montre la portion qui va être réséquée (d'après Victor Pauchet).

ptose ; si elle est impossible, une pyloroplastie peut suffire (fig. 20, 21).

Ces interventions sont délicates et exigent de l'entraîne-

ment de la part de l'opérateur, elles sont plus graves que la gastrectomie d'emblée. *La gastro-entérostomie comme traitement de l'ulcus duodénal ne doit donc se faire que dans des cas bien définis, le traitement direct de l'ulcération étant le plus souvent nécessaire.* Le point noir de la gastro-entérostomie pour ulcère duodénal hyperacide est l'ulcus jéjunal. La gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum donne une mortalité de 1 p. 100. La gastrectomie pour ulcère duodénal 3 p. 100. La gastrectomie pour ulcus jéjunal 10 p. 100.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Nous exposerons ici les observations de quelques-uns de nos malades.

OBSERVATION I

Observation de M^me^ T...
Entrée à Saint-Michel le 23 *mars* 1925.

Malade âgée de 40 ans, présentant des troubles gastriques depuis environ deux ans. A été hospitalisée en mai 1924 à Saint-Antoine, à la suite d'une forte hématémèse. La malade ne peut nous renseigner sur le diagnostic porté à cette époque. A été traitée médicalement depuis. Sauf une amélioration de deux mois, la malade souffre d'une manière permanente. En octobre, 24 crises très douloureuses, avec irradiation lombaire, pas d'ictère. En fin novembre, nouvelle hématémèse. Depuis la malade se plaint de douleurs nocturnes dans l'hypochondre droit. Vomissements fréquents, sans horaire fixe. L'appétit est conservé, mais la malade s'alimente peu, par crainte des vomissements.

A son entrée, la malade est très amaigrie ; nouvelle hématémèse dans le service. L'examen de l'appareil urinaire est négatif. Rien au poumon ni au cœur.

A l'examen la malade présente une sensibilité exagérée de la région duodénale. La vésicule paraît un peu grosse. L'estomac présente des mouvements péristaltiques apparents.

Le chimisme donne les résultats suivants :

Acidité totale A. oscillant entre 3,20 et 3,60.
Acide chlorhydrique libre H. entre 2,10 et 2,30.
Stase acide salicylique dans tous les tubes.

L'examen radiographique conclut à une déformation de la première portion duodénale. Il est du reste incomplet, la malade affaiblie par son hémorragie supportant difficilement l'examen. On fait une transfusion sanguine avant l'opération. La malade est opérée pour ulcère duodénal le 2 avril 1925.

A l'intervention, on trouve :

1° Une lithiase biliaire nécessitant la cholécystectomie ;

2° Un ulcère duodénal térébrant du pancréas ; on pratique la résection, la malade étant fortement hyperacide. Gastro-entérostomie secondaire *Billroth II*.

Suites opératoires bonnes, guérison.

Nous avons pu avoir des nouvelles de la malade neuf mois après l'intervention. Elle a repris 4 kilogrammes — elle « mange de tout et digère très bien ». — Pas de diarrhée, de temps en temps un peu de constipation. La malade se sent « chaque jour de plus en plus forte ».

Nous avons ici l'exemple d'une lésion double duodénale et vésiculaire. La cholécystite par sa latence même paraît bien être la première en date ; on peut se demander si elle n'a pas été l'épine irritative qui a déclanché l'ulcus chez une malade fortement hyperacide.

OBSERVATION II

Observation de M. I...
Entré à l'hôpital Saint-Michel le 5 janvier 1925.

Malade âgé de 59 ans. Début, il y a vingt-cinq ans. Douleurs épigastriques sourdes durant deux heures, et survenant trois heures après les repas. Parfois, douleurs nocturnes. Évolution par crises avec accalmies successives de plusieurs années.

Pas de vomissements. Pas d'amaigrissement. Bon appétit. L'examen est pratiqué. Le chimisme montre une hyperacidité notable :

A. — 3,20.

H. — 2,40.

Pas de stase, on ne trouve de l'acide salicylique que dans les deux premiers tubes.

A l'examen radiologique, on trouve un estomac hyperkinétique et

hypersécrétant. Evacuation gastrique rapide. Le bulbe duodénal présente un étranglement. Cette image ne s'est pas reproduite à un examen ultérieur. A l'étude du transit intestinal on note de la stase iléale.

On conclut à un ulcus duodénal et l'intervention est décidée. Le malade est opéré le 19 janvier.

On trouve effectivement un ulcus duodénal. Le malade étant hyperacide et résistant, on pratique la gastrectomie. Le bout à bout à la Péan étant anatomiquement impossible, on fait l'anastomose à la Polya, anse courte, transmésocolique.

Suites opératoires normales.

Dix mois après, le malade se trouve « de mieux en mieux », « mange de tout », « selles normales », reprend du poids.

Cette observation montre deux choses :

D'abord, que lorsque l'on n'a pas une image nette à la radio, le diagnostic d'ulcère duodénal ne peut se faire que par un ensemble de signes (hypersécrétion, hyperacidité, évacuation rapide, longs antécédents gastriques) ; ensuite, que la principale indication de l'intervention radicale est l'hyperacidité du sujet.

OBSERVATION III

Observation de M. M...
Entré à l'hôpital Saint-Michel le 13 *mars* 1925.

Agé de 41 ans, chauffeur. Début il y a dix ans par troubles gastriques vagues. Évolution par crises. Le malade se plaint de douleurs très vives au creux épigastrique, survenant quatre à cinq heures après les repas. Douleurs nocturnes. Le malade accuse des vomissements intermittents, bilieux et alimentaires. Pas d'hémorragies — constipation — pas d'appétit, amaigrissement.

Il s'agissait donc de troubles à orientation gastrique à type net.

Le chimisme a montré une hyperacidité totale A. (1,90 à 2,20).

La chlorhydrie H. est normale.

Stase très accusée ; on retrouve de l'acide salicylique dans tous les tubes.

La radio montre un diverticule juxta-pylorique.

L'intervention est décidée. Après un traitement médical de seize jours le malade est opéré le 12 mars 1925.

On trouve effectivement un ulcus duodénal de petite dimension s'accompagnant de périhépatite. La vésicule est bleue, elle n'est pas calculeuse.

Section du duodénum, au-dessous de l'ulcus. Écrasement de l'estomac : résection. La tranche gastrique est fermée sur les 2/3 de sa hauteur. Abouchement bout à bout gastro-duodénal Péan.

Guérison : suites opératoires excellentes. Le malade passe à la radio avant de partir de l'hôpital. La bouche fonctionne normalement par petits bols. Huit mois après le malade accuse une augmentation de poids de 7 kilogrammes. Mange de tout, ne souffre plus.

Nous trouvons dans cette observation un long passé gastrique avec double lésion. Périhépatite et ulcus duodénal. La lésion duodénale paraît, par ses caractères mêmes, plus récente.

La résection a été jugée nécessaire, étant donné l'hyperacidité du malade. L'estomac s'abaissant facilement, la résection n'ayant pas été trop large, l'anastomose bout à bout à la Péan a été possible et a donné d'excellents résultats.

OBSERVATION IV

Observation de M^me^ P...
Entrée à l'hôpital Saint-Michel le 13 *mars* 1925.

Agée de 64 ans. Long passé gastrique. Il y a vingt-deux ans la malade a eu trois vomissements sanguins avec melæna. Elle souffre de l'estomac, depuis environ quinze ans. Évolution par crises successives. Depuis huit années, douleurs épigastriques, survenant la nuit. Fringales douloureuses calmées par l'ingestion d'aliments. Pas de vomissements. Constipation opiniâtre. Depuis un an, tous les troubles ont augmenté d'intensité. Trois hématémèses dont une fois avec melæna concomitant, vomissements de stase.

Chimisme :

A. 1,50 à 1,80.

H. 0,40 à 1,10.

Stase acide salicylique dans tous les tubes.

Radio : Estomac en forme de crochet, bonne motilité gastrique. On ne voit pas de lésion duodénale. Les multiples hématémèses, les symptômes douloureux, rendaient légitime la laparotomie exploratrice.

La malade est opérée le 25 mars 1925. On trouve un ulcus duodénal sténosant. La malade n'étant pas hyperacide on pratique une *gastro-entérostomie* transmésocolique verticale à anse courte (Rigard).

Guérison. Suites opératoires bonnes. Le 21 septembre la malade repasse à la radio. Fonctionnement gastrique parfait. En novembre la malade présente un état général parfait, elle a repris 7 kilogrammes, selles normales.

Il s'agissait donc d'un ulcus duodénal cicatrisé chez une malade à acidité normale. La gastro-entérostomie est le traitement de choix dans ces cas.

OBSERVATION V

Observation de M. L...

Agé de 28 ans, présente un long passé gastrique datant de quatre ans. Examiné à l'hôpital Saint-Michel en juin 1923. Le malade se plaignait de douleurs épigastriques, survenant en pleine nuit. Constipation. Pas de vomissements, aurait présenté une petite hématémèse au moment d'une petite crise douloureuse. Le chimisme révèle une légère hyperacidité totale. La chlorhydrie est normale. Pas de stase. A la radio, motilité gastrique normale, pas de lésion duodénale. Le malade est traité médicalement, amélioration notable : reprise de poids 5 kilogrammes.

En décembre 1924, des troubles sérieux font leur apparition : amaigrissement notable, douleurs en broche au creux épigastrique. Le malade est de nouveau examiné dans le service. La radio montre un estomac hyperkinétique. Le bulbe duodénal est petit et nettement déformé (déformation constante à plusieurs examens). Hypersécrétion gastrique. L'examen du chimisme gastrique montre une forte augmentation de l'acidité totale (2,80-3), la chlorhydrie est normale.

Pas de stase. On fait le diagnostic d'ulcus duodénal probable et on décide d'intervenir. L'opération a lieu au début de mars 1925. On trouve un ulcus duodénal typique, en voie de perforation. Gastrectomie, fermeture du duodénum. *Anastomose à la* Polya transmésocolique à anse courte.

Suites opératoires excellentes, guérison. Nous avons eu des nouvelles du malade huit mois après. Selles normales. Le malade a repris 12 kilogrammes, mange de tout, ne souffre plus.

Cette observation met en valeur l'évolution par crises de l'ulcus duodénal, évolution que n'a pu enrayer un traitement médical prolongé. La gastrectomie, traitant l'ulcus et entraînant de l'hypoacidité par ablation d'une large surface sécrétante, a assuré la guérison définitive.

OBSERVATION VI

Observation de M. de R...
Entré à l'hôpital Saint-Michel le 16 *mai* 1925.

Malade âgé de 43 ans. Souffre de l'estomac depuis cinq ans. Douleurs vives au creux épigastrique et sous le rebord costal droit. Constipation et diarrhée par périodes, amaigrissement, asthénie. N'a jamais eu de coliques hépatiques ni d'ictère. Point douloureux sous-costal droit, mais on ne sent pas la vésicule.

L'examen du suc gastrique montre une acidité totale normale A. entre 1,40 et 2.

H. normale entre 0,70 et 1,20.

Pas de stase ; on ne trouve en effet de l'acide salicylique que dans les trois premiers tubes.

Radio : pylore, à aspect spasmodique, laissant cependant passer quelques particules barytées. Hypersécrétion abondante. Point douloureux net au-dessus du duodénum. Urée sanguine 0,57. Rien au poumon. Rien au cœur.

On conclut à la probabilité d'un petit ulcus duodénal avec possibilité de cholécystite.

Le malade est opéré le 8 juin 1925. On trouve un ulcus duodénal de petite dimension. Rien à la vésicule. On pratique une *gastro-entéros-*

tomie postérieure verticale à anse courte. Enfouissement de l'ulcus.

Guérison. Résultats éloignés bons. Se porte très bien, ne souffre jamais. Le malade a augmenté de 8 kilogrammes. Selles normales (décembre 1925).

Chez de tels malades à acidité normale et présentant un ulcus petit, sans tendances extensives, l'enfouissement de l'ulcération, suivi d'une gastro-entérostomie, est l'intervention la meilleure ; à moins toutefois qu'une gastroptose ne permette de pratiquer l'anastomose de Finney.

OBSERVATION VII

Observation de M. R. N...
Entré à l'hôpital Saint-Michel le 12 juin 1925.

Malade âgé de 42 ans, a été opéré il y a quatre ans pour ulcère duodénal.

A subi une duodéno-pylorectomie avec gastro-entérostomie.

En janvier dernier le malade consulte à Oran et l'on fait le diagnostic d'ulcus peptique. Le malade étant en mauvais état, on pratique une seconde gastro-entérostomie antérieure.

Depuis cette seconde intervention le malade se plaint de douleurs épigastriques, très violentes, irradiant dans les hypocondres, survenant quatre heures après les repas et calmées par l'alimentation. Vomissements alimentaires quotidiens, constipation, pas d'hématémèse, amaigrissement.

Chimisme gastrique :

Hypoacidité totale A. 1 à 1,30.
Chlorhydrie A. exagérée, 0,80-1.
Pas de stase.

Radio : Ulcus peptique au niveau de la première bouche de gastro-entérostomie.

Mauvais drainage au niveau de la seconde.

L'intervention est décidée.

On trouve un ulcus peptique typique. Section du jéjunum en amont de l'ulcère (1re bouche) et en avant de la seconde anastomose.

Résection gastrique large. Abouchement bout à bout du jéjunum distal à l'estomac. Abouchement termino-latéral jéjuno-jéjunal.

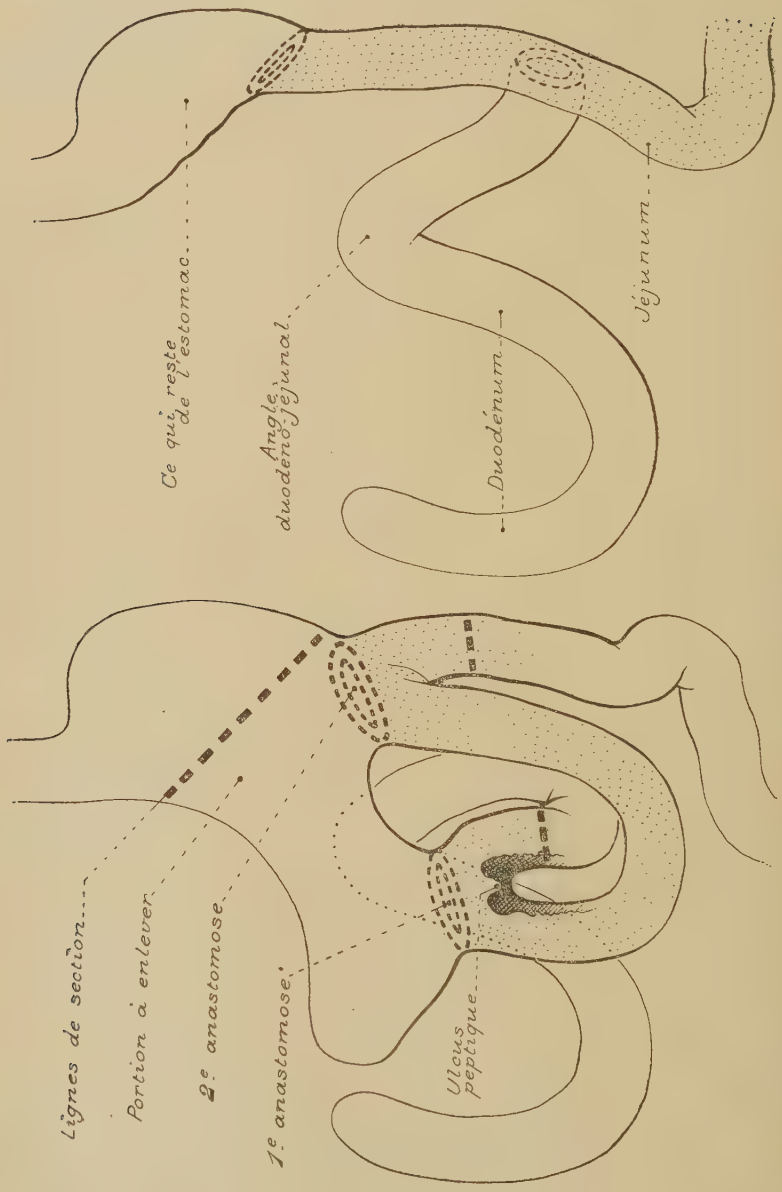

Fig. 22 et 23.

Suites opératoires bonnes. Guérison (voir fig. 22 et 23).

La gastrectomie est le seul traitement que l'on puisse appliquer à ces cas graves. Malgré une double gastro-entérostomie le malade a gardé une acidité de 1,30 : il est donc très probable que l'on a fait la première gastro-entérostomie chez un malade très hyperacide, cette acidité étant en partie responsable de l'ulcus jéjunal.

Chez de tels malades, il faut faire la gastrectomie d'emblée, c'est la seule intervention qui met l'opéré à l'abri de ces complications. La gastrectomie secondaire est beaucoup plus grave, donnant une mortalité d'environ 10 p. 100.

OBSERVATION VIII

Observation de M^me^ de S...
Entrée à l'hôpital Saint-Michel le 5 mars 1924.

Malade âgée de 48 ans. Long passé gastrique, début en 1916 par pesanteur après les repas et douleurs au creux épigastrique avec irradiations dans les hypocondres survenant trois heures après les repas. Ces douleurs sont calmées par les vomissements, constipation.

Période d'accalmie pendant deux années, sans aucun régime. Réapparition des symptômes en juin 1923. La malade maigrit de 5 à 6 kilogrammes en un an, jamais d'hémorragies. Vomissements survenant tous les deux ou trois jours

Chimisme :

Hypoacidité A. entre 1 et 1,80.
Hypochlorhydrie H. entre 0,30 et 0,60.
Stase acide salicylique dans tous les tubes.

Radio : Estomac ptosé, petit diverticule de la première portion du duodénum.

La malade est opérée le 10 mars. On trouve un petit ulcus duodénal sténosant. Le duodénum étant mobile, et l'estomac ptosé, on pratique la *gastro-duodénostomie* de Finney.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Il s'agit donc d'une malade relativement âgée, amaigrie, donc peu résistante, chez laquelle on trouve un ulcus duo-

dénal petit, presque cicatrisé. La gastro-ptose, l'hypoacidité marquée et la mobilité duodénale, font que toutes les conditions sont réunies dans ce cas, pour faire de la gastro-duodénostomie de FINNEY l'opération idéale.

OBSERVATION IX

Observation de M. V...
Entré à l'hôpital Saint-Michel le 10 *janvier* 1925.

Agé de 45 ans, présente un long passé gastrique remontant à plus de vingt ans. Une heure après les repas, sensation de gonflement à l'épigastre avec points douloureux, appétit conservé, diarrhée par périodes. Ces symptômes sont longtemps fugaces avec longues accalmies. En 1922, le tubage révèle déjà une forte hyperacidité. Pas de stase, aucune image pathologique à la radio. Le malade est très nettement amélioré par le traitement médical. Cette amélioration persiste pendant plus d'un an, à tel point que tout remède est abandonné et que l'on met le malade à un régime très large. En janvier 1923 le malade accuse une très forte crise douloureuse avec vomissements fréquents, constipation. Jusqu'à son entrée à l'hôpital le malade souffre par périodes. En septembre 1924 l'intervention lui est conseillée. Il aurait remarqué la présence de sang dans les selles. Entré à l'hôpital Saint-Michel en janvier 1925. Amaigrissement.

A ce moment, l'examen du chimisme gastrique montre une très forte hyperacidité.

A. varie entre 3,50 et 4.

H. varie entre 1,80 et 2,40.

Stase acide salicylique dans les cinq premiers tubes.

La radio montre une forte hypersécrétion et une encoche nette déformant les contours de l'ombre duodénale. L'examen complémentaire du malade est négatif; rien au cœur, rien au poumon, urines normales, Wassermann négatif.

A l'intervention on trouve un ulcus duodénal. Le malade étant très hyperacide, on fait une large résection. Anastomose gastro-jéjunale à la POLYA transmésocolique anse courte.

Résultats opératoires bons. Guérison.

Un mois et demi après l'intervention, la radio montre une bouche anastomotique qui fonctionne bien.

Nous avons pu avoir des nouvelles du malade six mois après l'intervention. Il se porte « très bien », mange de tout, a augmenté presque de 10 kilogrammes ; selles normales.

Cette observation montre que l'on ne doit pas prolonger trop longtemps le traitement médical de l'ulcère duodénal. Le danger est de prendre pour une guérison ce qui n'est qu'une amélioration passagère.

L'ulcus évolue par crise avec souvent de longues périodes de rémission.

De plus, dans cette observation on voit que la longue histoire clinique d'une part et la forte hyperacidité persistante du malade, d'autre part, ont été les indications principales de la gastrectomie. Seule, la résection large peut amener la guérison de ces malades et cette résection doit être d'autant plus étendue que l'acidité est plus accusée.

OBSERVATION X

Observation de M. M...
Entré à l'hôpital Saint-Michel le 22 avril 1923.

Malade âgé de 50 ans, souffre de l'estomac depuis quatre ans environ. Douleurs deux heures après les repas et la nuit vers 11 heures.

Vomissements alimentaires, calmant les douleurs. Pas d'hématémèse, diarrhée comprenant 5 à 6 selles par jour, amaigrissement très marqué.

Le tubage montre de l'hypoacidité totale (variant entre 1,20 et 1,80). La chlorhydrie varie entre 0,40 et 1. Stase très prononcée ; on trouve, en effet, de l'acide salicylique dans tous les tubes.

A la radio, l'estomac est en forme de crochet. Motilité faible, évacuation tardive. Le bulbe duodénal paraît un tube rigide sans déformations nettes. (Déformation en tuyau.) Il s'agit donc d'un syndrome pylorique, justifiant la laparotomie exploratrice.

Le malade est opéré le 3 mai. On trouve un ulcus duodénal étendu. Le chirurgien pratique l'enfouissement de l'ulcère avec *gastro-entérostomie* à anse courte.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Le malade est revu en mai 1924. Très bons résultats fonctionnels, pas de douleurs, reprise de poids.

Il s'agit dans cette observation d'un ulcus ancien chez un malade âgé et nettement hypoacide. Le Balfour n'a pu être pratiqué, la lésion étant trop étendue. L'enfouissement et la gastro-entérostomie sont, dans ce cas, le traitement de choix.

OBSERVATION XI

Observation de M. M...
Entré à l'hôpital Saint-Michel le 1er *mai* 1924.

Malade âgé de 32 ans. Profession : manœuvre, souffre de l'estomac depuis quatre ans. Douleurs sourdes, continuelles, sans horaire fixe; ces douleurs sont plus accentuées en position debout. Pas de vomissements. Bon appétit. Pas de douleurs nocturnes. Ni hématémèse. Ni melæna.

En 1923, vomissements de bile, le matin, nécessitant un régime lacté absolu. Une radio est faite en octobre 1923, elle conclut à la possibilité d'ulcère gastrique.

Le malade vient se faire examiner en avril 1924 à la consultation de Gastro-entérologie de l'Hôpital Saint-Michel. Le malade est très amaigri, malade très émotif, à tempérament très nerveux : les douleurs sont réapparues sans horaire fixe. Pas de constipation. Son chimisme révèle une forte hyperacidité (variant entre 2,80 et 3,30). Sa chlorhydrie s'est montrée variable à deux examens successifs; elle est fortement exagérée au premier examen et au-dessous de la normale au second.

Radio. Hypersécrétion. Péristaltisme caractérisé par des crises nettes d'efforts suivies de phases de fatigue, on note un point douloureux au niveau du pylore. Rien aux poumons, ni au cœur.

L'intervention est décidée pour « probabilité d'ulcus pyloro-duodénal ». Le malade est opéré le 19 mai 1924. On ne trouve pas d'ulcus ni gastrique, ni duodénal. La vésicule biliaire est normale. On pratique une *pyloroplastie*.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

On note, à l'examen du suc gastrique après l'opération, une forte diminution de l'acidité totale (variant entre 1,50 et 2).

Nous avons pu avoir des nouvelles du malade cinq mois après l'intervention. Il est très nettement amélioré. L'alimentation substantielle est possible, tandis qu'il ne pouvait précédemment supporter que des laitages et des purées. Il ne persiste qu'un peu de ballottement survenant quelques heures après le repas.

Il s'agit donc d'un malade souffrant de troubles à orientation gastrique nette, chez qui la laparotomie exploratrice était nécessaire. En l'absence de toute lésion organique, le chirurgien a pratiqué une *pyloroplastie*. C'est la seule intervention que l'on doive pratiquer dans ces cas. La gastro-entérostomie serait dangereuse, car elle crée souvent un nouvel état pathologique. La pyloroplastie, le plus souvent, améliore grandement ces malades.

CHAPITRE IX

CONCLUSIONS

Nous allons récapituler, dans ces conclusions, les points principaux de notre travail et ce qui nous a le plus frappé dans l'exposé de ces quelques observations :

1° L'ulcère duodénal est le plus médical des ulcères, car il ne paraît se cancériser qu'exceptionnellement. Néanmoins, ses complications, son hyperchlorhydrie plus fréquente que dans l'ulcère gastrique, imposent souvent son traitement chirurgical.

2° Le traitement médical ne devra être appliqué que dans des cas bien définis : intégrité apparente de la silhouette duodénale à la radio, absence de stase gastrique, absence d'hyperchlorhydrie marquée, pas d'hémorragies graves. La durée du traitement médical ne devant pas dépasser un an, s'il n'amène pas d'amélioration. Dans le cas contraire, il doit être prolongé. L'ulcère simple non compliqué du duodénum appartient à la thérapeutique médicale.

3° Le traitement médical doit être appliqué comme cure d'attente chez les malades qui momentanément ne pourraient supporter l'intervention. Après l'acte chirurgical, le médecin garde tous ses droits pour consolider l'œuvre accomplie par le chirurgien.

4° Un ulcère qui s'accompagne d'un des signes suivants : hémorragies, hyperacidité, douleurs prolongées, déformation constante du bulbe duodénal, relève de la thérapeutique

chirurgicale. Un malade qui souffre à la pression du doigt, ou d'une façon vive ou continue, est menacé de perforation.

Il faut l'opérer sans tarder et réséquer l'ulcère.

5° Au cours de l'intervention, l'examen systématique de la vésicule biliaire et de l'appendice, s'impose. Ces organes peuvent être l'origine de complications secondaires et leur ablation est nécessaire s'ils présentent des lésions nettes.

6° Après laparotomie exploratrice, pour ulcère duodénal probable, si l'on ne trouve pas de lésion ulcéreuse du duodénum, il ne faut jamais faire de gastro-entérostomie de complaisance. Cette intervention dans ces cas trouble profondément la physiologie gastrique et crée le plus souvent un nouvel état pathologique.

Si le spasme est très accusé, tout au plus peut-on se permettre de faire une pyloroplastie.

7° La gastro-entérostomie comme traitement de l'ulcère du duodénum ne doit plus être considérée comme efficace dans tous les cas. Cette intervention comporte de graves dangers éloignés. Aussi, ne doit-on la pratiquer qu'en cas d'ulcus duodénal cicatrisé : chez les malades présentant une acidité normale ou en dessous, chez les sujets peu résistants. Il faut, trois fois sur quatre, traiter directement l'ulcère.

8° Le Balfour convient en cas d'ulcère petit, siégeant sur un duodénum mobile, chez les sujets à chlorhydrie peu élevée. La thermocautérisation doit être suivie de gastro-entérostomie.

9° Dans les mêmes conditions, la gastro-duodénostomie de Finney est l'opération idéale, car la plus physiologique. On ne peut la pratiquer que rarement, nécessitant « un duodénum mobile et de la gastro-ptose » pour être d'une exécution facile.

10° La duodéno-pylorectomie convient aux sujets à aci-

dité modérée, et dans le cas de douleurs et de spasme accusé du pylore.

11° La gastrectomie est le traitement de choix de l'ulcère duodénal très hyperacide, et à tendances hémorragiques. Elle assure la cure radicale de l'ulcère et supprime tout danger d'ulcus peptique secondaire, si l'on a le soin d'enlever assez d'étoffe gastrique pour rendre le malade hypochlorhydrique.

12° On pourra rétablir la continuité digestive par les méthodes de Péan ou de Polya. Le choix entre ces procédés se décide d'après le diamètre du duodénum, la rétractilité du moignon gastrique.

13° En cas d'hémorragies graves, le traitement médical est de première importance. Il ne devra pas dépasser trente-six heures. L'intervention rapide s'impose; il est prudent de faire le moins possible tout d'abord, et d'opérer en deux fois.

En principe, opérer quand l'hémorragie est terminée et après une transfusion du sang. L'opération « à sec » s'impose. Les malades porteurs de sang dans l'intestin font souvent des intoxications mortelles post-opératoires.

14° L'ulcère duodénal compliqué d'ulcus peptique après entéro-anastomose, doit être traité par la gastrectomie si le malade est encore hyperacide. En cas de processus ulcéreux éteint, la dégastro-entérostomie associée au Finney peut suffire.

Vu : *Le Doyen*,
H. Roger.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. Carnot.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. Lapie.

BIBLIOGRAPHIE

Antoine (Edouard). — Etude clinique et radiologique de l'ulcère simple du duodénum. *Gaz. Hôpitaux*, n° 23, mars 1921.

Attal. — Les sténoses pyloriques par ulcus du bulbe duodénal. Doin, éditeur, 1924.

Balfour. — *Jour. of. the amer. med. Assoc.*, 23 avril 1924.

Bonnemaison (R.). — *Thèse de Paris*, 1925.

Butler d'Ormond (de). — 1° *Journal de Médecine de Paris*, 1925, n° 45 ; 2° La cholécystoatonie. *La Clinique*, déc. 1925 A.

Cade et Parturier. — Séméiologie de l'Ulcère duodénal non compliqué. *Journal médical français*, juin 1919.

Caillé. — Ulcère gastrique et duodénal. *Thèse Paris*, 1914.

Caillé, Durant et Marre. — *Arch. des Maladies de l'app. digestif*, 1912, n° 7.

Carnot-Harvier Mathieu. — Les ulcères digestifs, 1922.

Castaigne (J.). — Chronique sur l'ulcère gastrique et duodénal. *Journal médical français*, janvier 1923.

Constantin (E.). — Note sur « L'insuffisance fonctionnelle du pylore, dans l'ulcère du duodénum ». *Journal de Radio et d'Electr.*, n° 10, 1919.

Delbet. — Expériences sur la G. E. *Soc. de chir. Paris*, 1907, 11 décembre.

— *Paris Médical*, 1911.

Delort (M.). — Que doit-on opérer ? Quand doit-on opérer en gastro-entérologie ? *Les actualités thérapeutiques*, n° 14, Maloine, éditeur.

Delort et Pauchet (V.). — Traitement médical et chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal. *La Vie médicale*, 1924.

Delort (M.). — La gastro-entérologie, note sur son passé, son présent, son avenir. *Journal médecine Paris*, 18 novembre 1922.

Delort et Verpy. — *Société de Biologie*, 27 nov. 1920.

Delort (M.). — Le syndrome duodénal. *Bruxelles Médical*, 18 août 1923.

Denechau. — *Thèse de Paris*, 1907.

Dieulafoy. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1905-1906.

Duval (Pierre). — *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 17 et 24 juin 1924, 18 janvier 1921, 20 octobre 1920.

Durand et Binet. — Appendicite et cholélithiase. *Monde Médical*, 1er juin 1922.

Duval (P.) et Gatellier (S.). — Les sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum par malformations congénitales du péritoine. *Archives des maladies de l'Appareil digestif*, t. XI, n° 3, pages 145 à 207.

Duval et Basset. — Coexistence d'ulcus de la première portion du duodénum avec sténose de la 3e portion, par corde mésentérique. *Soc. Chir.*, 15 mars 1922.

Enriquez (M.), Binet (E.) et Durand (G.). — Les crises gastro-vésiculaires. *Presse médicale*, 9 juillet 1921, n° 55.

Enriquez et Carrié. — Diagnostic différentiel des affections du carrefour duodéno-vésiculo-pylorique. *Journal médical français*, janvier 1923.

Enriquez et Durand (G.). — Sténoses pyloriques frustes à forme gastralgiques. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 23 mai 1913.

Ferran. — Revue générale. *Gaz. des Hôpitaux*, 1911, n° 29.

Froin. — *Presse médicale*, juin 1909.

Gandy. — *Thèse de Paris*.

Hartmann. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1910-1914. *Archives des maladies de l'App. digestif.*, 1914; *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1921.

Hartmann et Soupault. — De la G. E. *Revue de Chirurgie*, 1899.

Hayem et Lion. — Traité des maladies de l'estomac, 1913.

Houdard. — L'ulcus duodénal non perforé. *Thèse de Paris*, 1913.

Hurst (A.). — Vues nouvelles sur la pathologie, le diagnostic et le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. *British medic. Journ.*, avril 1920.

Hurst (A.-F.), Morton (C.) et Others. — *Guy's Hospital Reports*, LXI, 1917-389.

Hurst (Oxon). — Vues nouvelles sur la pathologie, le diagnostic et le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. *The British medical Journal*, 24 avril 1920, p. 559.

Jouault. — *Thèse de Paris*, 1901.

KELLER. — Dispositif permettant la radiographie en série (*Soc. de Radiologie*, 14 février 1922).

KUMMER. — L'ulcère gastrique et duodénal. Son traitement. *V^e Congrès de la Société suisse de Chirurgie*, 1918, Kundig, imprimeur à Genève.

LABOURÉ (J.). — Avantages de l'anesthésie régionale. (*Gaz. méd. Paris*, 1916.)

LECÈNE. — *Journal de Chirurgie*, 1921, t. XVII, p. 1

LE NOIR. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, 5 juillet 1918.

LE NOIR et AGASSE-LAFONT. — *Bulletin médical*, 26 janvier 1920.

LOEPER. — Leçons de pathologie digestive. Masson, éditeur, Paris, 1919.

— Le passé intestinal des ulcéreux du duodénal.

— La pylorite (chapitre III), quatrième série.

— Les douleurs gastriques des biliaires. *Monde médical*, 1913.

LOEPER et FORESTIER. — L'estomac des biliaires. *Journal médical français*, août 1920.

LŒPER et MARCHAL. — Diag. topographique des ulcères de l'estomac. *Journal médical français*, janvier 1923.

LUQUET (G.). — Soins pré et post-opératoires. *La Clinique*, mars 1922.

MATHIEU. — *Arch. des maladies de l'Appareil digestif*, 1915, n° 12.

— Le syndrome ulcéro-pylorique. *Gaz Hôp.*, 1914, n^os 28 et 36.

— Ulcus duodénal. *Gaz. Hôpitaux*, n° 41, avril 16.

— *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1910.

MATHIEU et LABOULAIS. — *Gaz. des Hôpitaux*, 30 juin 1918 : Rapports de l'hyperchlorhydrie continue avec la motricité et la stase stomacale.

MAUCLAIRE. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1910. *Revue générale de Clinique et Thérapeutique*, 1910. *Journal des praticiens*, 1910.

MAYO (de Rochester). — Le Danger Buccal, d'après MAYO. *La Clinique*, du 25.

MÉTIVET. — *Presse médicale*, 28 janvier 1920.

MEUNIER (Léon). — Un syndrome clinique de l'Ulcus duodéno-pylorique. *Presse médicale*, 7 février 1912.

— Diag. topogr. d'une ulcération du tube digestif. *Presse médicale*, n° 29, 1920.

MOCQUOT et HOUDARD. — La valeur topographique de la veine pylorique. *Rev. de Chir.*, 1912, t. XLV, p. 402.

Moutier et Maingot. — Diagnostic de l'ulcus duodénal. *Journal médical français*, 1923.

Moppert (G.). — Repérage radioscopique du Pylore. *Presse Médicale*, mai 1921.

— (Gustave). — Résultats du traitement chirurgical des ulcus gastriques et duodénaux. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 74, sept. 1922, n° 76.

Moynihan (Berkeley). — Ulcus gastrique et duodénal. Traduction de V. Pauchet. Doin, éditeur à Paris.

— *Brit. med. Journ.*, 13 déc. 1919.

Papadopoulos. — *Th. de Paris*, 1910.

Parturier (G.). — Diagnostic de l'ulcère duodénal vrai. *Revue de Médecine*, juin-juillet et août 1921.

Pauchet (V.). — La gastroptose. *La Clinique*, n° 51, oct. 1925.

Pauchet (V.) et Sourdat. — Anesthésie locale chir. Doin, éditeur. Paris.

Pauchet (V.). — Traitement de l'ulcère duodénal. *Archives franco-belges de Chirurgie*, janvier 1925.

— L'ulcus duodénal. *La Clinique*, mars 1923.

— Ulcus gastrique et duodénal. *Nouveau journal des médecins*.

— Ulcère d'estomac et du duodénum. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 4. 1919.

— La meilleure suture en chirurgie gastro-intestinale. Charles Colin, imprimeur.

— La gastro-entérostomie et ses complications. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 77, sept. 1924.

— *Pratique chirurgicale illustrée*. Doin, éditeur.

Pauchet (V.) et Tierny (A.). — *La Gastro-Entérostomie*. Doin, éditeur, Paris, 1926.

Pauchet (V.). — La dégastro-entérostomie. Masson, éditeur, 1925. Extrait de la *Presse Médicale*, n° 60, juillet 1925.

Quervain (de). — *Schweijerische Med.*, 23 juin 1921.

Ramond (E.). — L'ulcus duodénal et son traitement (*Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 10 avril 1922).

Ramond (Félix) et Darquier. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 28, août 1925. Masson, édit. « Les duodénites au point de vue étiologique et anatomo-pathologique. »

Ramond et Jacquelin. — Manuel de radioscopie gastro-duodénale.

Renaudeaux. — Le tubage duodénal. *La Clinique*, mars 1922.

RICARD et PAUCHET. — Ulcère duodénal. Son traitement chirurgical, *XXIIIe Congrès de Chirurgie*. Paris, 1910, p. 461.

ROSENOW (E.-C.). — *Journ. amer. Jed. Ass.* LXI, 1913, and *Surgery Gynecology et Obstetrics*, XXXIII, 19-1921.

SALOZ et MOPPERT (G.) de Genève. — *Journal médical français*, janvier 1923. « Essai de classification clinique des ulcères de l'estomac et du duodénum. »

SHERREN (James). — Late results of the surgical treatment of chromie ulcers of the stomach and duodenum. Reprinted from *The Lancet*, 1920-691.

SIPPY et LOEWY. — Traitement Médical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Presse médicale*, n° 87, mai 1921.

SOUPAULT et HARTMANN. — Traité des maladies de l'estomac. Baillière, éditeur, 1904.

THIERRY DE MARTEL. — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Journal médical français*. Poinat, éditeur, 1923.

TUFFIER et ROUX (J.-Ch.). — Pathologie gastro-intestinale.

VASSELLE (P.). — Étude clinique et radiologique des ulcus gastriques et duodénaux. *Thèse Paris*, 1922.

WEISS (Samuel). — La thérapeutique médicale moderne de New-York. (L'ulcère chronique de l'estomac et du duodénum. *Medical record*, vol. XCVI, n° 22-20, nov. 1920.)

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 1

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. — **Fréquence de l'ulcère duodénal** 3

CHAPITRE II. — **Rapports de l'ulcère duodénal et de la diathèse gastrique hypersthénique** 5

CHAPITRE III. — **Traitement médical de l'ulcère duodénal et indications opératoires** 7

A. Quelles sont les indications du traitement médical? 7
B. Dangers du traitement médical prolongé 8
C. Conclusions et technique du traitement médical 9
D. Les indications opératoires de l'ulcère du duodénum 14

CHAPITRE IV. — **Pathogénie de l'ulcère duodénal. Ses rapports avec la cholécystite. L'appendicite. La stase intestinale. Déductions opératoires** 17

CHAPITRE V. — **La gastro-entérostomie comme traitement de l'ulcère du duodénum** 21

L'ulcère duodénal est, comme nous l'avons vu, une maladie très souvent chirurgicale 21
La méthode d'anesthésie 21
Les soins pré-opératoires ont leur importance 22
Evacuer le gros intestin 22
Pratiquer une transfusion sanguine 22
La gastro-entérostomie. Traitement classique 22
Discussion de la gastro-entérostomie. 23
Dangers de la gastro-entérostomie 24
Ses échecs sont dus 26
Ses indications 26
La technique de la gastro-entérostomie 27
Où placer l'anastomose? 28
En principe 32
En pratique. 32

CHAPITRE VI. — **Le traitement direct de l'ulcère duodénal en chirurgie gastro-intestinale** 33
1° Le Balfour 35
2° La gastro-duodénostomie. Opération de Finney 38
3° La duodénectomie 40
4° La gastrectomie 43
Les avantages 43
Les résultats 44
Les indications 46
La technique 47
L'anastomose termino-terminale gastro-duodénale 49
L'implantation à la Polya 52

CHAPITRE VII. — **Traitement de l'ulcus duodénal compliqué** . . . 54
La perforation 54
Les hémorragies 55
La dégastro-entérostomisation pour ulcus peptique 55

CHAPITRE VIII. — **Observations** 61

CHAPITRE IX. — **Conclusions** 74

BIBLIOGRAPHIE 77

1009. — ÉVREUX, IMPRIMERIE CH. HÉRISSEY. — 4-26.